

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA**

DIPLOMSKA NALOGA

Izola, december, 2006

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA**

**ODNOS ZAPOSLENIH
ZDRAVSTVENEGA DOMA KOPER
DO ODVISNIH UPORABNIKOV VKLJUČENIH V
METADONSKI PROGRAM**

**THE RELATIONSHIP BETWEEN THE KOPER HEALTH CENTRE
STAFF AND THE ADDICTED USERS OF ILLEGAL SUBSTANCES
INVOLVED IN THE METHADONE PROGRAMME**

ŠTUDENTKA: OLIVERA RAKOVIĆ BOŠNJAK
MENTORICA: IRENA TROBEC, PRED. ZDRAVSTVENE NEGE, VMS
KOMENTOR: MAG. BOŠTJAN ŽVANUT
ŠTUDIJSKI PROGRAM: ZDRAVSTVENA NEGA
ŠTUDIJSKA SMER: ZDRAVSTVENA NEGA

IZOLA, DECEMBER, 2006

ZAHVALA

Zahvaljujem se svoji mentorici Ireni Trobec, višji medicinski sestri in profesorici zdravstvene vzgoje, za njene napotke in usmeritve ter magistru Boštjanu Žvanutu, ki mi je s svojim znanjem pomagal streti najtrši oreh, in sicer statistično obdelavo surovih podatkov.

Zahvala gre tudi magistri Dragici Fojan za njeno pomoč pri pisanju moje naloge, direktorju Zdravstvenega doma Koper Metodu Mezeku za odobritev in izvedbo ankete med zaposlenimi v zdravstveni negi in lektorici Mateji Androjna.

Posebej se moram zahvaliti vsem svojim sodelavkam za njihovo vzpodbudo in pomoč.

Največja zahvala pa gre seveda moji družini, ki me je ves ta čas podpirala in razumela.

POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

Diplomsko delo obravnava problematiko odnosa delavcev oziroma delavk, zaposlenih na področju zdravstvene nege v Zdravstvenem domu Koper, do uporabnikov nedovoljenih drog, točneje, tistih uporabnikov drog, ki so vključeni v program nadomestnega metadonskega zdravljenja Centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog.

Teoretični del naloge zajema opredelitev odvisnosti kot kronične bolezni in socialnega problema ter predstavlja načine zdravljenja, pri čemer je poudarek na vzdrževalnem nadomestnem zdravljenju z metadonom in nekaj besed o metadonu. V povezavi s slednjim je predstavljen tudi program Centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Kopru. Vlogi medicinske sestre in zdravstvenih tehnikov v ambulantah za zdravljenje oseb odvisnih od prepovedanih drog je namenjen en pomemben del moje diplomske naloge.

Raziskovalni del naloge prikazuje, z anketnim vprašalnikom zbrane, empirične podatke ter njihovo analizo. Zbrane odgovore smo nato med seboj primerjali glede na razlike po katerih so se posamezniki in posameznice, vključeni v vzorec, med seboj razlikovali. Izkazalo se je namreč, da zdravstveni delavci kljub temu, da nimajo jasnih stališč oziroma mnenja o uporabnikih drog, s slednjimi ne želijo imeti opravka ter da kljub temu, da se zavedajo potrebnosti programa Centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, so proti temu, da bi takšna ambulanta delovala v prostorih v katerih sami delajo. S tem se je žal izkazala kot verjetna, v raziskovalnem predlogu, zastavljena hipoteza, s katero smo predpostavili obstoj predsodkov ter s slednjimi povezano nestrpnostjo pri zaposlenih v zdravstveni negi v odnosu do oseb odvisnih od nedovoljenih drog, vključenih v nadomestno metadonsko terapijo.

KLJUČNE BESEDE: DROGE, ODVISNOST, MEDICINSKE SESTRE, ZDRAVSTVENI TEHNIKI, ZDRAVSTVENA NEGA, NADOMESTNA VZDRŽEVALNA TERAPIJA Z METADONOM, UPORABNIKI DROG, PREDSDOKI

ABSTRACT AND KEY WORDS

The present thesis deals with issues regarding relationship between the medical and health care personnel in the Koper Health Centre and the users of illegal substances, in other words, the addicts included in the programme of substitutive methadone programme promoted by the Centre for Treating and Healing from Dependence of Illegal Drugs.

The theoretical part of the thesis includes the definition of addiction as a chronic illness and as a social problem. Further on several treatments are presented with an emphasis on maintaining substitutive treatment with the methadone, which is also dealt with in more detail. In connection to the latter, the programme of the Centre for Treating and Healing from Dependence of Illegal Drugs in Koper is presented. A significant part of my thesis deals with the role of nurses and medical technicians in health centres for treating people addicted to illegal substances.

The research part of the thesis presents the empirical data, collected with a panel questionnaire, and deals with its analysis. The collected answers were then compared according to the differences which appeared among some individuals involved in the programme. It appears that the health care staff lacks of clear opinions on addicted users and mainly do not wish to deal with them, even though they are aware of the importance of the Centre for Treating and Healing from Dependence of Illegal Drugs programme. Furthermore, they seem to oppose that such health centre should operate within the premises they work at. Unfortunately the results confirm the hypothesis set in the research proposal which foresees the presence of prejudice leading to medical staff intolerance of drug addicts involved in the substitutive methadone treatment.

KEY WORDS: DRUGS, ADDICTION, MEDICAL STAFF, HEALTH CARE, SUBSTITUTIVE MAINTENENCE TREATMENT WITH METHADONE, DRUG USERS, PREJUDICE

KAZALO VSEBINE

1 UVOD.....	1
1.1 Metadonski program	1
2 TEORETIČNI DEL.....	3
2.1 Odvisnost in razvoj odvisnosti kot kronične bolezni	3
2.1.1 Definicija odvisnosti / zasvojenosti in razlika med pojmi	3
2.1.2 Odvisnost kot kronična bolezen	4
2.1.3 Odvisnost kot problem	5
3 NAČINI ZDRAVLJENJA ODVISNIH OD PREPOVEDANIH DROG.....	6
3.1 Programi obravnave odvisnosti.....	6
3.2 Vzdrževalni metadonski program (VMP)	7
3.2.1 Metadon	7
3.3 Vzdrževalni metadonski program v Zdravstvenem domu Koper	8
3.3.1 Delo z uporabniki drog	8
4 ODNOS DO OSEB, ODVISNIH OD PREPOVEDANIH DROG.....	10
4.1 Moralistični odnos	10
4.2 Pragmatičen odnos.....	10
4.3 Predsodki.....	11
5 TEORIJA MEDSEBOJNIH ODNOSOV.....	12
6 ZDRAVSTVENA NEGA	13
6.1 Osebnost odvisnega in medicinska sestra/zdravstveni tehnik	14
6.2 Vloge medicinske sestre.....	15
7 EMPIRIČNI DEL.....	17
7.1 Opredelitev raziskovalnega problema	17
7.2 Namen, cilj in hipoteze diplomskega dela.....	17
7.2.1 Namen raziskave	17
7.2.2 Cilji raziskave	17
7.2.3 Hipoteza	18
7.3 Metode dela in preiskovanci	18
7.3.1 Metode dela.....	18
7.4 Rezultati in analiza podatkov	25
7.4.1 Starost in spol anketirancev	26
7.4.2 Izobrazba anketirancev	26
7.4.3 Bivališče in starševstvo	27
7.4.4 Zadovoljstvo v službi	28
7.4.5 Oddaljenosti delovnega mesta od CPZOPD-ja.....	29
7.4.6 Pogostost srečevanja med uporabniki in med v anketo vključenimi zdr. delavci	30
7.4.7 Poznavanje dela in doktrine CPZOPD-ja oziroma MA-ja.....	31
7.4.8 Poznavanje sodobne definicije odvisnosti	33
7.4.9 Mnenje anketiranih oseb o ciljih metadonskega vzdrževanja.....	34
7.4.10 Stališče anketiranih oseb do metadonske ambulante v prostorih ZD Koper	36
7.4.11 Kakšen je Vaš odnos do delavcev v CPZOPD?.....	44
8 Razprava.....	47
ZAKLJUČEK.....	50
LITERATURA.....	57

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Raziskovalni model.....	20
Preglednica 2: Starosti in spola anketirancev	26
Preglednica 3: Izobrazba anketirancev	27
Preglednica 4: Bivanje in starševstvo	28
Preglednica 5: Zadovoljstvo v službi	29
Preglednica 6: Oddaljenost delovnega mesta anketiranih od MA-ja	30
Preglednica 7: Pogostost srečanja zaposlenih z uporabniki MA-ja.....	31
Preglednica 8: Ocena poznavanja dela MA-ja	32
Preglednica 9: Kako bi opredelili odvisnosti?	33
Preglednica 10: Mnenja anketiranih o ciljih MA-ja	34
Preglednica 11: Ali Vas moti MA v prostorih ZD-ja?	34
Preglednica 12: Ali bi radi delali v CPZOPD-ju?	34
Preglednica 13: Ali metadonska ambulanta sodi v ZD?	40
Preglednica 14: Ali se anketiranci bojijo MA-ja v prostorih ZD-ja?	40
Preglednica 15: Ali je MA potreben v Zdravstvenem domu Koper?	41
Preglednica 16: Nevarnost, ki jo po oceni anketiranih, predstavljajo zasvojene osebe	42
Preglednica 17: Ali anketiranci želijo zasvojene osebe za svoje paciente?	43
Preglednica 18: Kako bi zaposleni izbrali, če bi bili razporejeni, na dela in naloge v CPZOPD-ju	43
Preglednica 19: Ocenitev odnosa med zdravstvenim delavcem na eni in uporabnikom drog na drugi strani skozi oceno ali so mi: zoprni, moteči... ..	44
Preglednica 20: Pogostnost konfliktov med zaposlenimi v CPZOPD-ju in anketiranci	45
Preglednica 21: Pogostnost srečevanja zaposlenih v CPZOPD-ju in vprašanih v teku delovnega časa	46

KAZALO GRAFOV

Graf 1: Izobrazba vprašanih v zdravstveni negi	27
Graf 2: Zadovoljstvo v službi	29
Graf 3: Oddaljenost delovnega mesta anketiranih od CPZOPD-ja	30
Graf 4: Pogostost srečevanja anketiranih z uporabniki MA-ja.....	31
Graf 5: Ocena poznavanja dela MA-ja	32
Graf 6: Poznavanje sodobne definicije odvisnosti med anketiranci.....	33
Graf 7: Cilji metadonskega vzdrževanja	34
Graf 7/a: Abstinenca od prepovedanih snovi (PAS)	35
Graf 7/b: Zmanjšana umrljivost in obolelost	35
Graf 7/c: Zmanjšane kriminalitete povezane z drogo.....	36
Graf 7/d: Zamenjati eno drogo z drugo	36
Graf 8/a: Stališča zaposlenih do MA-ja v prostorih ZD-ja.....	37
Graf 8/b: Ali bi radi delali v CPZOPD-ju?.....	38
Graf 8/c Ali metadonska ambulanta sodi v ZD?	39
Graf 8/d: Ali se vprašani bojijo MA-ja v prostorih ZD-ja?.....	39
Graf 8/e: Mnenje anketiranih o potrebnosti MA-ja v ZD-ju	40
Graf 9/a: Ali so Vam osebno odvisne osebe nevarne?	41
Graf 9/b: Ali želite zasvojeno osebo za svojega pacienta?.....	42
Graf 9/c: Če dobite delo v CPZOPD-ju ali odpoveste službo?	43
Graf 9/d: Ali so Vam zasvojene osebe zoprne?.....	44
Graf 10: Pogostost konfliktov med zaposlenimi v CPZOPD-ju in anketiranci.....	45
Graf 11: Pogostost srečevanja med zaposlenimi v CPZOPD-ju in anketiranci	45
Graf 12: Pogostost kontakta med zaposlenimi v CPZOPD-ju in anketiranci.....	46

1. UVOD

Odvisnost je kronična bolezen, kar v medicinskem jeziku pomeni, da traja več kot pol leta. Kronično ne pomeni neozdravljivo, dejstvo pa je, da je napoved vseh kroničnih bolezni približno enaka: tretjina bolnikov se z ustreznim zdravljenjem dobro zazdravi, druga tretjina ima obdobja zdravljenja z občasnimi ponovnimi izbruhi bolezni, tretjina pa ima slabo napoved s pogosto prisotnimi težavami (tu je veliko tudi samomorov, prevelikega odmerka snovi, od katere je oseba odvisna, nasilnih smrti in okužb).

Svetovna zdravstvena organizacija je odvisnosti od drog priznala status bolezni. Iz tega izhaja tudi pravica do pomoči oziroma zdravljenja. Eden od načinov zdravljenja odvisnih oseb, ki ga plačuje država, je metadonski program.

1.1. Metadonski program

Prvič je metadon bil kot nadomestek za heroin predpisan leta **1960** v ZDA. Razvili so ga leta 1941. Zaradi dolgotrajnega učinka in visoke učinkovitosti ob oralni uporabi ima več prednosti. Oralna uporaba izključuje uporabo brizg. Metadonska terapija je uspešna pri vzdrževanju odvisnikov in heroinski vzdržnosti, vendar je veliko manj uspešna pri cilju, da bi odvisniki prenehali z uporabo metadona in začeli živeti življenje brez drog.

V tem času se je že močno razplamtela epidemija okužbe s HIV in šele to je leta 1991 privedlo do zakonsko podprtega pristopa. Odvisnik, ki je pripravljen sprejeti opustitev droge, mora najti možnosti in institucije, ki mu bodo pomagale obvladati odvisnost; tisti, ki pa ni (ali še ni) sposoben droge opustiti, mora dobiti pomoč, ki mu bo omogočila, da preživi. V zdravstveni politiki so zastavili štiri stebre: preventivo, zdravljenje, zmanjšanje škode in represijo. Leta 1995 je posebno posvetovalno telo strokovnjakov, predlagalo uvedbo predpisovanja heroina in razdeljevanje čistih igel v zaporih. Tako, da so "vzdrževalni" oz. programi zmanjševanja škode še danes bolj ali manj nespremenjeni (J. Čuk-Rupnik, 2001).

Metadonski programi delujejo v sklopu Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog in zajemajo tudi vzdrževanje na metadonu in drugih zdravil, namenjenih vzdrževanju. Metadonski centri oziroma metadonske ambulate sestavljajo mrežo v sklopu Javnih zavodov Zdravstvenih domov po celi Sloveniji z jasno zastavljenimi smernicami in cilji za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Cilji pomoči oz. zdravljenja odvisnih od drog niso le razstrupljanje in življenje brez drog, ampak tudi druge oblike zdravniške pomoči, ki pomagajo zmanjšati možnost okužbe s hepatitisom C, B in HIV (AIDS), preveliki odmerek in druge oblike škode, ki jih povzroča uporaba droge. Za vsakega posameznika je potrebno izbrati primerno obliko zdravljenja in primeren program.

Dober je le tisti program, ki upošteva vse tri aspekte odvisnosti, in sicer biološki, psihološki in socialni aspekt:

- zdravljenje motnje v funkcioniranju možganov (z zdravili ali brez),
- psihoterapija (svetovanje, vedenjska terapija, individualno, skupinsko delo...),
- urejanje socialnih problemov (služba, šola...).

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so nepogrešljivi sodelavci v timu. V metadonski ambulanti bolj ali manj deluje tim, ki ga sestavljajo: zdravnik, psiholog, psihiater in

odgovorna medicinska sestra za področje zdravstvene nege in preventive ter dve medicinski sestri s srednjo izobrazbo. Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog Koper deluje že štirinajst let; od tega zadnjih sedem let v sklopu Zdravstvenega doma Koper. Vsak dan ga obiskuje od 95 do 135 oseb vključenih v vzdrževalni metadonski program. Program vključuje v proces obravnave tudi njihove svojce (starše, partnerje, otroke ter druge). Od leta 2003 do 2006 leta sem bila zaposlena kot odgovorna medicinska sestra v Centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD v nadaljevanju). Pogosto sem slišala komentarje na račun ambulate, njenih uporabnikov in nas zaposlenih. Od maja leta 2006 sem premeščena v Referat za zdravstveno vzgojo, kjer sem zadolžena za delo in naloge povezane s preventivo odvisnosti in zdravstveno vzgojo srednješolske mladine občine Koper.

Odločila sem se, da s pomočjo ankete raziščem predsodke, ki jih imajo zaposleni v zdravstveni negi do oseb, vključenih v program Centra. Predsodki namreč močno vplivajo na naše vedenje in na odnos do posameznih skupin uporabnikov zdravstvenih storitev kot so: pacienti s srčnimi težavami, pacienti s sladkorno boleznijo, pacienti na metadonu, pacienti na antikoagulacijski terapiji, pacienti z duševnimi motnjami na celoživljenjski terapiji, osebe s prekomerno težo in tako naprej.

Namen ankete je bil pokazati ali imajo zaposleni zdravstveni delavci na področju zdravstvene nege v Zdravstvenem domu Koper predsodke do metadonskega programa in njihovih uporabnikov.

2. TEORETIČNI DEL

Odvisnost in razvoj odvisnosti kot kronične bolezni

2.1.1 Definicija odvisnosti / zasvojenosti in razlika med pojmom

Tako v teoriji kot v praksi zasledimo uporabo pojmov odvisnost in zasvojenost. Zdi se, da tako laična kot strokovna javnost termine uporablja kot sinonima in se z razlikami v opredelitvi praviloma ne ukvarja. V praksi zasledimo, da nekateri celo hkratno uporabljajo oba termina. Pregled strokovnih virov pa kaže na razlike v definiranju oziroma vsebini teh dveh pojmov. Razlike so med nekaterimi avtorji velike in kaže na to, da terminov ne gre preprosto izenačiti oziroma uporabljati kot sopomenk.

Na voljo je kar nekaj opredelitev, vendar bi si jih podrobneje ogledali le nekaj.

Prvo opredelitev teh terminov najdemo v Slovarju slovenskega književnega jezika ter prvi Svetovni zdravstveni organizaciji. Drugi dve razlaga pa pri psihiatrih A. Kastelic, V. Ščuki in Z.Čebašek-Travnikova.

Definiranje pojmov odvisnost in zasvojenost

V Slovarju slovenskega knjižnega jezika je zasvojenost opredeljena kot »stanje zasvojenega človeka«. O zasvojenosti z mamili piše, da je psihična zasvojenost tista, pri kateri se zasvojenec vrača k uživanju kake snovi zaradi spomina na njen ugodni učinek, telesna zasvojenost pa tista, pri kateri se ob prekinitvi pojavijo abstinenčne težave. Odvisnosti pa je v Slovarju slovenskega knjižnega jezika opredeljena kot stanje odvisnega. V različnih strokovnih in manj strokovnih virih se govori o odvisnikih in zasvojencih, o odvisnostih in zasvojenostih, o odvisnikih, ki so zasvojeni in o zasvojencih, ki so odvisni, jasne razlike med pojmom ni.

Kanadska posebna senatna komisija za ilegalne droge je septembra 2002 v okviru WHO-ja - Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) izdala dokument v katerem sta pojma zasvojenost in odvisnost jasno razmejena.

Zasvojenost (ang. Addiction) je splošni pojem, ki se nanaša na koncepta tolerance in odvisnosti. Organizacija WHO obravnava zasvojenost kot »ponavljajočo se uporabo psihoaktivne substance do mere, da je uporabnik periodično ali kronično intoksiciran, da kaže nujnost zaužitja substance, ima velike težave pri prostovoljnem prenehanju ali zmanjšanju rabe substance in kaže odločnost pri vztrajanju uživanja substance ne glede na posledice«.

Odvisnost (ang. Dependence) pa je opredeljena »kot stanje, v katerem uporabnik nadaljuje svojo rabo substance ne glede na znatne zdravstvene, psihološke, relacijske, družinske ali socialne probleme. Gre za kompleksen fenomen, ki bi lahko imel celo genetske komponente. Psihološka odvisnost se nanaša na psihološke simptome, povezane s hrepenenjem, fizična odvisnost pa se nanaša na toleranco in prilagoditev organizma kronični rabi« (Jezernik, 2003).

Zahteve po poenotenju terminologije so na različnih strokovnih srečanjih pogoste. Poenotena uporaba in jasna razlika med pojmom bi olajšala komunikacijo ter pomagala pri delu in obravnavi bolnikov v praksi. Problem je, da različni avtorji pojma različno definirajo, obstajajo pa tudi različne interpretacije pojava drog in zasvojenosti, zato je poenotenje praktično zelo težko ali nemogoče.

A. Kastelic (2006) definira odvisnost od drog kot kronično, recidivirajočo in progredientno bolezen, pri kateri le približno tretjina vzpostavi trajno abstinenco, čeprav pri njih obstaja večja možnost povrnitve bolezni (recidiva), kot je to pri splošni populaciji.

V. Ščuka (2000) navaja, »da veliko ljudi meni, da je odvisnost samo slaba navada, ki se jo da odpraviti, če si to le dovolj želimo. Žal odvisnost ni samo razvada, temveč tudi bolezen, ki spremeni strukturo in delovanje možganov zasvojenca«.

Čeprav je odvisnost posledica (namernega) uživanja drog, ugotavljamo, da pri odvisnosti ne gre za namerno vedenje. Uživanje in odvisnost torej nista neposredno povezani stanji, temveč gre za kvalitativno spremembo v odnosu posameznika do droge.

Večina avtorjev, ki smo jih navedli, razume odvisnost kot bolezensko dogajanje, za katero so značilni naslednji znaki:

1. močna oziroma nepremagljiva želja (hrepenenje) po psihoaktivni snovi;
2. oslavljen nadzor nad količino zaužite psihoaktivne snovi;
3. spremenjena toleranca do te snovi (za enak učinek je potreben večji odmerek snovi);
4. odtegnitveni znaki pri telesni odvisnosti od snovi;
5. nadaljevanje z uživanjem snovi kljub jasnim dokazom o škodljivosti tega početja.

Z. Čebašek-Travnikova (1995) ugotavlja, da uživanje snovi (ter dejavnosti, potrebne za pridobitev snovi) postane pomembnejše od drugih obveznosti prizadetega posameznika.

2.1.2 Odvisnost kot kronična bolezen

Odvisnost je neobvladljiva želja po uporabi droge v vse večjih odmerkih in vse bolj pogosto, kljub resnim telesnim in psihičnim stranskim učinkom in izredni porušenosti uporabnikove samopodobe in njegovih odnosov do drugih oseb.

Vedenjski vzorci, ki imajo podlago v organskih spremembah v možganih, so posledica uživanja alkohola in mamil, zaradi česar pride do pomanjkanja kisika v možganih. Kisik, ki se prenaša po krvnem obtoku, je zelo pomemben za funkcioniranje možganov. Kadar možganom primanjkuje kisika zaradi bolezni in poškodb ali zaradi vpliva določenih substanc, se možganske celice poškodujejo. Vedenjske spremembe so odvisne od tega, katero področje možganov je poškodovano in v kakšni meri. Spremembe vedenja pa so povezane s človekovo osebnostjo. Zaradi organskih sprememb prej izpostavljeni obrambni mehanizmi oslabijo in potlačeni čustveni konflikti postanejo vidni.

Vedenjske spremembe lahko vključujejo:

1. pešanje pomnjenja, kar se kaže v nesposobnosti, da bi se zapomnil tisto, kar se dogaja v sedanosti;
2. pešanje presojanja in oslabljen nadzor impulzov, ki se kaže v načinu izražanja: grob, surov jezik, neprimerne šale;
3. pešanje sposobnosti za abstraktno mišljenje: lahko se pojavi prehitevanje ali upočasnitev mišljenja popolne dezorganizacije. Pacient posledično ne more izreči posameznih določenih delov trditve oz. kar kdo reče, interpretira dobesedno;
4. sprememba drugih, višjih kortikalnih funkcij, pri čemer lahko pride do spremembe govora, kot so afazija, mutizem;

5. osebnostne sprememb, ki lahko vključujejo spremembo vedenja, kar se lahko pokaže kot paranoja, izzivalnost, kompulzivnost;
6. stanje zavesti: pojavi se lahko zamračenost zavesti. Pacient se težko koncentrira na temo pogovora, ker mu pozornost bega;
7. motnje percepcije: vključuje lahko napačne interpretacije, iluzije in halucinacije;
8. cikel spanja in budnosti lahko niha od zaspanosti do stuporja ali polkome, obrnjen cikel spanja in budnosti se lahko odraža v živih sanjah ali nočnih morah;
9. psihomotorna aktivnost: spremembe nihajo od ene skrajnosti k drugi, ponavadi se odražajo v nemiru ali hiperaktivnosti;
10. čustvene motnje: mednje spadajo strah, anksioznost, depresija, razdražljivost, evforija in apatija ali čustvena labilnost (smeh in jok brez pravega vzroka).

Simptomi se spreminjajo glede na mesto in obseg pacientove organske motnje (Merc, 1980:107-112).

2.1.3 Odvisnost kot problem

V zadnjih 20-letih se v različnih intervalih bolj ali manj intenzivno povsod po svetu poizkuša na razne načine vzpodbujati ideje o normalizaciji in ponekod o legalizaciji prepovedanih drog. Najglasnejše kritike represivne politike do drog so se pojavile ob epidemiji HIV-a/aidsa. Aids je v največji meri tudi razlog uvedbe in oblikovanja programov »Zmanjševanja škode« v vse večjem številu držav po svetu.

Legalizacija, ko jo različni avtorji različno tolmačijo, je predmet številnih pro et contra diskusij, ki običajno ne vodijo nikamor. Zato se danes številni avtorji izogibajo temu pojmu in govorijo o normalizaciji. Legalizacija oz. ureditev področja drog z drugimi in ne s kazensko pravnimi instrumenti, predstavlja le enega od sicer pomanjkljivih elementov politike normalizacije.

V zadnjih letih se v okviru strokovnih diskusij tudi pri nas kot ključni problem pri obravnavi oseb, ki imajo težave oz. so odvisne od nedovoljenih drog, navaja problem stigmatizacije in socialne izključenosti. Ti problemi so pogosto ozadje recidivov tudi po večletni psihosocialni obravnavi v terapevtskih skupnostih. Po zaključeni terapiji se namreč izkaže, da osebe ne morejo dobiti dela in si zagotoviti osnovnih bivanjskih standardov. V nemajhni meri njihovo konkurenčnost na trgu delovne sile, poleg slabe/nizke izobrazbe, zmanjšuje tudi označenost (zaznamovanost s predhodnim življenjem na drogi) v manjših socialnih okoljih, kjer sta medsebojno poznavanje in socialna kontrola močnejši.

Tudi politiki bi morali spremeniti svoj pogled na droge ter jih pričeti obravnavati kot vprašanje javnega zdravstva. Politiki kot javnost so se soočili z dejstvom, da uporaba drog obstaja in da je očitno ne bo mogoče tako lahko izkoreniniti.

Zagovorniki zdravljenja, preventive, izobraževanja in zmanjševanja škode pred represivnimi metodami se strinjajo, da »vsak ekonomist vam bi znal povedati, da trga ne morete nadzorovati s strani dobave. Nadzorovati ga morate s strani porabnikov« (Schechter M., 1995).

Poleg tega raziskovalci dodajajo, da urejanje problema s kazenskim pravom oz. represijo ter pošiljanjem ljudi za zapahe samo poslabšuje problem. Raziskave kažejo, da se bolezni v zaporih hitro širijo med uporabniki drog. V zaporih poleg HIV-a/AIDS-a in Hepatitisa B/C predstavlja zaskrbljujoč zdravstveni problem tudi TBC.

Problem odvisnosti je v problemu sodobne družbe in sega tudi na področje zdravstvene nege. S tem problemom se v okviru zdravstvenega varstva srečujejo tudi medicinske sestre in zdravstveni tehniki. Subjekt dela medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov je namreč vedno človek, ki potrebuje zdravstveno pomoč in nego (Hajdinjak, Meglič, 2006: 189 - 193).

3 NAČINI ZDRAVLJENJA OSEB, ODVISNIH OD PREPOVEDANIH DROG

Zdravljenje zasvojenosti je težavno in dolgotrajno, saj je povezano s številnimi inter in intra personalnimi dejavniki. Vključuje tako posege v smeri spremembe vedenja kot tudi posege v socialno mrežo (družino) posameznika. Nenazadnje tudi telesni del in njegovo biokemično ozadje predstavljata izziv za znanost.

3.1 Programi obravnave odvisnosti

Na področju zdravljenja odvisnosti poznamo pet oblik obravnav in zdravljenja odvisnosti od prepovedanih snovi:

- zdravljenje v psihiatričnih ustanovah,
- bolnišnično zdravljenje v Centru za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Ljubljana,
- metadonski programi v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki so, glede na način izvedbe in cilj, različni,
- terapevtske skupnosti (TS),
- komune – razlika med TS-jem in komuno je v tem, da slednja deluje izključno z laiki.

Navedeni programi so odprti v smislu, da omogočajo prehajanje uporabnikov. Bistveno je, kateri program zdravljenja je v tem trenutku za posamezno osebo najbolj primeren, ne pa, kateri je v osnovi najboljši.

Glede na razlike pri vstopnih pogojih, programe delimo na: nizkopražne, srednje in visokopražne.

Nizkopražni programi so namenjeni izboljšanju kakovosti življenja in od uporabnika ne zahteva abstinence. Velikokrat so vstopnica za druge možne programe. Srednjepražni programi se začnejo z detoksikacijo in so usmerjeni v vzpostavitev abstinence. Visokopražni pa temeljijo na abstinenci in življenju brez droge.

Glede na prostor dela in srečanj ločimo:

- bolnišnično zdravljenje (v zaprtem, polodprtem in odprtem tipu ustanove),
- ambulantno obravnavane oz. stacionarno (vzdrževalni metadonski programi) in
- terensko delo.

Bolnišnično zdravljenje se za bolnike odvisne, od heroína ali drugih opiatov, začne na oddelku običajno z detoksikacijo z metadonom, buprenorfinom ali morfinom. V izjemnih primerih zdravnik predpiše še dodatna zdravila za lajšanje abstinencijskih znakov ali drugih spremljajočih telesnih težav. Sledi kratkotrajna intenzivna obravnava do vzpostavitve

abstinence, nato usmeritev v intenzivno, večkrat tedensko ambulantno obravnavo ali dnevni oddelek. Po dogovoru tudi možnost premestitve v posebne programe, ki zdravijo oziroma, obravnavajo tovrstno populacijo. Ob uspešnem vzdrževanju abstinence imajo kasneje tudi možnost vključitve v dnevni oddelek.

Program zdravljenja na Oddelku za intenzivno podaljšano zdravljenje omogoča tudi dodatno psihiatrično in psihoterapevtsko obravnavo pacientom, ki imajo odvisnost kot spremljajočo psihično motnjo ter jim zagotovi kontinuiteto obravnave in jim omogoči lažji prehod med detoksikacijo in življenjem v skupnosti. Zmanjša možnost recidiva (ponovitev bolezni) ter omogoča vpogled v vzroke in oblike odvisniškega vedenja in pomaga razviti spretnosti za uspešno ponovno reintegracijo (doseganje ravnovesja osebnosti). Na oddelku se začne tudi intenziven program ne le zdravstvene temveč tudi psihosocialne rehabilitacije.

3.2 Vzdrževalni metadonski program (VMP)

3.2.1 Metadon

Razvili so ga leta 1941. Za vzdrževanje v metadonskih ambulantah se uporablja od leta 1965. Je danes najpogostejše nadomestno zdravilo, ki se uporablja v obliki tekočine za pitje, hitro topnih tablet in za i.v. uporabo. V številnih obsežnih študijah je dokazano, da ima metadon največji vpliv na zmanjšanju uporabe drog, kriminala in tveganega vedenja. Potreben odmerek za osebo, ki je razvila toleranco na opiate, je 80-120 mg dnevno. V obdobju uvajanja je potrebno postopno višanje odmerka, in sicer od 20 do 40 mg dnevno. Navadno zadostuje en odmerek dnevno.

Jeseni leta 1994 je v Sloveniji sprejeta odločitev, da se v praksi uporabi enega od programov za zmanjševanja škode, ki je neposredno ali posredno povezana z uporabo prepovedanih drog - metadonski vzdrževalni program. Programu naj bi po določenem času sledile še druge aktivnosti, saj samo vzdrževanje pomeni rešitev le enega aspekta problema, slednje se je v praksi tudi pokazalo. Vzdrževalni metadonski program je namenjen izključno bolnikom, odvisnim od heroína. Program se izvaja v specializiranih ambulantah, ki delujejo v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog ter v dispanzerjih za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog. Kljub njegovi dokazani uspešnosti ostaja še vedno predmet ostre kritike in nezaupanja (28).

Tudi mediji MP-ju običajno niso naklonjeni. S senzacionalističnim navajanjem običajno utrjujejo stereotipe in pomisleke glede nadomestne terapije z metadonom. Sicer redkim zgodbam o smrti ali obravnavi v okviru nujne medicinske pomoči zaradi prevelikega odmerka metadona običajno posvetijo nesorazmerno veliko medijskega prostora. Po drugi strani pa je tudi res, da so pozitivne ugotovitve na podlagi raziskav, ki govorijo v prid MT-ju, znani praviloma le ozkemu krogu ljudi in le redko pridejo v javnost.

Tako se zgodba o metadonu ponavlja tke okoli tistih nekaj najbolj vidnih uporabnikov, ki postopajo okoli CPZOPD-ja in vzbujajo radovednost ali zgražanje mimoidočih oziroma bližnjih stanovalcev. Določen del oseb je v vseh programih pomoči, namenjenim različnim ciljnim skupinam, zaradi različnih razlogov in praviloma le v določenih obdobjih viden kot problematičen. Posledično je tudi tako v primeru MA-ja. Ta problem je tu še tako bolj izstopajoč in sicer iz dveh razlogov: ker gre za skupino, ki je deležna moralne obsodbe javnosti in je zato deležna večje pozornosti, in drugič, zato, ker je program CPZOPD-ja

organiziran tako, da prihaja do koncentracije oseb na določenih mestih. Nemajhno število uporabnikov drog se prav zaradi prevelike frekvence, ki ne omogoča zasebnost ter varovanja podatkov, odloča za samozdravljenje in nakup metadona na črnem trgu. Predvsem tisti uporabniki, ki so zaposleni, imajo družine in so socialno integrirani, se bojijo razkritja oz. tega, da bi bili prepoznani kot uporabniki drog. V takih primerih so namreč socialne posledice uživanja drog lahko bolj zaskrbljujoče in za uporabnika bolj usodne kot sama kemična in farmakološka učinkovanja nedovoljenih drog.

Terensko delo se izvaja tam, kjer se droga uživa in kjer se skuša ukrepati v smislu preventive in pomoči odvisnim od drog. Zajema pa uporabnike drog, ki sami ne iščejo pomoči neposredno. Ob tem se jih seznanja o poteh širjenja okužb, varnemu jemanju drog, možnih programih zdravljenja. Terensko delo prinaša tudi sveže informacije o novih trendih, novih substancah in potrebah uživalcev drog. Namen je torej predvsem v doseganju t.i. skrite skupine in spoznavanja življenjskih okoliščin le-te.

3.3 Vzdrževalni metadonski program v Zdravstvenem domu Koper

VMP v Kopru je začel delovati leta 1991, ko je zdravnik Milan Krek zbral okoli sebe majhno število uporabnikov drog. Z leti je število nenehno raslo. V zadnjem letu le-to niha med 203 do 210 uporabniki letno, prevladujejo predvsem moški, ki so polnoletni. Opazno je staranje populacije vključenih uporabnikov v metadonski program.

Povečuje se število odločitev za nosečnost in rojstvo otroka med uporabnicami vključenimi v metadonski program. Odločajo se za enega, dva ali celo tri otroke. Skrb za nosečo uporabnico ima izbrani ginekolog. Skrb za otroka po rojstvu pa prevzame ginekolog, ki sodeluje z zdravnikom v CPZOPD-ju.

V Centru potekajo različni programi zdravljenja bolezni odvisnosti od opiatov, kot so vzdrževalni metadonski program, postopna ambulantna detoksikacija z metadonom, kratkotrajna ambulantna detoksikacija z metadonom, ambulantna detoksikacija z uporabo drugih zdravil in psihoterapevtske obravnave. Prednost vključitve v program je tudi v možnosti obravnave pacientov, ki imajo težave zaradi zlorabe drugih neopiatnih prepovedanih drog (stimulansi, halucinanti, uspavali, pomirjevali itd...), možnost preiskave krvi glede morebitne okužbe z virusi HIV in hepatitisov s strokovnim svetovanjem; v primeru okužbe napotitev na specialistično obravnavo in zdravljenje ter možnost cepljenja proti hepatitisu B. Obravnava v MP-ju omogoča prehodnost v druge programe: metadonski program se povezuje z visokopražnimi programi ter programi za pripravo na odhod v terapevtske skupnosti in tudi komune.

3.3.1 Delo z uporabniki drog

Medicinska sestra in dva zdravstvena tehnika se z uporabniki srečujejo vsak dan, in sicer v času, ko poteka razdeljevanje metadonske terapije. Le-to deluje po vnaprej določenem urniku, in sicer vsak dan od 6.30 do 14.00 ure. Število uporabnikov, ki se zaradi določenih, vnaprej znanih obveznosti (šola, služba, zdravstvene težave in drugo) ne morejo držati ustaljenega urnika, terapijo prejme do 14.30.

V okviru koprskega CPZOPD-ja je redno zaposlena le ena zdravnica, ki je v centru prisotna vse delovne dni. Dvakrat mesečno v center prihaja psihiater in enkrat tedensko psiholog. Metadonska terapija se razdeljuje tudi v prostorih Zdravstvenega doma Koper v času dežurstva. Terapijo v ZD-ju lahko prejmejo uporabniki, ki zadostijo jasnim in vnaprej znanim kriterijem. Ob vstopu v vzdrževalni program vsak bolnik podpiše terapevtski dogovor. Vsebina terapevtskega dogovora se nahaja v prilogi.

Zdravstveni tehniki in medicinske sestre, zaposlene v Zdravstvenem domu Koper, so večkrat izrazili nezadovoljstvo in odklonilna stališča do razdeljevanja metadona v »njihovih« ambulantah. Na probleme razdeljevanja metadona v splošni ambulanti nakazujejo tudi uporabniki sami. Večkrat se pritožujejo nad odnosom s strani zdravstvenega osebja.

Metadonski program se tako še vedno bori z elementarnimi problemi, kot je recimo dežurstvo ambulant za razdeljevanje metadona. Vikendi predstavljajo v smislu zlorabe metadona velik problem predvsem s stališča kaznivih dejanj (prekrškov). Prav v teh dneh je zabeleženih največ primerov preprodaje metadona in neupravičene posesti le-tega, kar velja za osebe, ki niso v programu. Dejstvo je, da se represivni organi relativno uspešno vključujejo v preprečevanje rabe drog. Oba dejavnika, zdravstvo in sociala, delujeta tudi v okviru programov zmanjševanja povpraševanja uporabe drog.

Kot omenjeno, se v MA-ju soočajo z različnimi organizacijskimi problemi. Kdo naj bi jih reševal?

Na nivoju zdravstvene nege se problemi obravnavajo v sklopu ostale problematike (urniki, premajhno število zdravnikov, nesodelovanje in moralistično obravnavanje oseb, odvisnih od prepovedanih drog, premalo psihologov in psihiatrov itd...). Število medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov zaposlenih v CPZOPD-ju je premajhno (v SLO je 19 ambulant ali Centrov za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog). Nekaj čez 45 oseb je zaposlenih v zdravstveni negi (MS-ju in ZT-ju), kar onemogoča združevanje v sekcijo ali društvo. Zaposleni v zdravstveni negi se občasno srečujejo na mesečnih koordinacijah zdravnikov, ko so organizirana strokovna izobraževanja. Le nekatere ambulate (tri v Sloveniji) imajo »srečo«, da so priključene psihiatričnemu dispanzerju in posledično sekciji. Vstop v psihiatrično dejavnost pomeni več ugodnosti za vse zaposlene (večja plača, več dopusta, strokovna srečanja na nivoju zdravstvene nege, napredovanja itd...). Možnosti, da na nivoju zdravstvene nege seznanijo druge o posebnostih iz prakse, problemih, dosežkih na strokovni in poklicni ravni, so majhne. Motiviranosti za delo z osebami, odvisnimi od prepovedanih drog, ni med MS-jem in ZT-jem.

4 ODNOS DO OSEB, ODVISNIH OD PREPOVEDANIH DROG

Dejstvo, da je nekdo zasvojen z drogo, potegne za seboj številne posledice. Spremembe nastopijo tudi z vključitvijo v MP. Vključitev pomeni vstop v standardizirani postopek evidentiranja (ko dobijo evidenčni karton ter številko, postanejo primer z diagnozo in obravnavo) in se v družbo vrnejo z novo družbeno identiteto (odvisnik, narkoman, »janki«), saj pridobijo novi socialni status in družbeni pomen in številko. V CPZOPD-ju pacient dobi številko zaradi varovanja podatkov.

Hkrati pride tudi do čustvenih sprememb (strah, nejasnost, neugodje, neprijetnost). Odvzeta mu je možnost nadzora in vpliva nad dogajanjem okoli njega, na njem in v primarni ter sekundarni družini. Dnevno se srečuje s predsodki, stereotipnimi in formalnimi odzivi drugih.

Medicinski sociologi v zvezi s tem pojavom govorijo o procesih dehumanizacije in depersonalizacije, da so vsi odnosi in vrednote v povezavi z boleznijo in pacienti v tesni zvezi z družbeno ustaljenimi koncepti o posamezniku (Coe, 1970).

Vse to močno vpliva na komunikacijo in odnos med pacientom in zdravstvenimi delavci, ki je neredko enosmerna ali motena. Komunikacija je bistvena za ustrezno zdravljenje.

Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog kot del Zdravstvenega doma Koper vzpostavlja in razvija sodelovanje z drugimi ambulantami. Cilj sodelovanja je, da uporabnikom metadonskega programa omogoči prejemanje metadonske terapije izven rednega urnika centra. Namen sodelovanja je tudi spoznavanje uporabnikov kot pacientov s posebnimi potrebami ter strokovno sodelovanje. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki se z zasvojenimi uporabniki drog kot s svojimi pacienti redko srečajo, zato je posredovanje informacij, znanja in izkušenj zelo pomembno. Odnosi, ki jih imajo zdravstveni delavci do odvisnih oseb, so različni.

Prevladujeta dva stereotipna odnosa, moralistični in pragmatični.

4.1 Moralistični odnos

Za ta odnos do zasvojenosti in zasvojenih oseb ali zasvojenih uporabnikov drog je značilno obsojanje osebe, ki je prekršila moralne družbene vrednote.

Posledica tega gledanja odvisnosti je skrivanje zasvojenosti s strani zasvojenega in njegovih bližnjih. Moralističen odnos je povezan z nestrpnostjo do uporabnikov drog. Javnost o njih razmišlja kot tistih, ki jih je potrebno prepoznati, izločiti (zapreti), zdraviti, o tistih, ki so nevarni in se jih je bolje izogibati. Sledi izolacija in bivanje v istem krogu ljudi, ki so običajno z uporabo drog povezani .

4.2 Pragmatičen odnos

Tak odnos je značilen za tiste zdravstvene delavce in ostale ljudi, ki so sprejeli mnenje, da je odvisnost bolezen in odvisna oseba bolnik. Iz Zahodne Evrope se je ta miselnost preselila tudi v Slovenijo in se kaže v različnih oblikah pomoči uporabnikom drog. Ideja se uresničuje v

različnih programih na področju zdravstva in socialnega varstva. Večinoma gre preventivne programe in za programe zmanjševanja škode.

Družba, ki sprejme ta odnos, sprejme odvisnika medse kot enakopravnega člana, ki ima začasno sicer veliko težav, le-te pa lahko s pomočjo družbe tudi uspešno odstrani. Zaradi odprtosti družbe do problema odvisnosti, se osebe, odvisne od drog, ne skrivajo po kletah in parkih ampak za premagovanje svojih težav že zelo zgodaj poiščejo ustrezno pomoč pri različnih ustanovah (Krek, Krek-Mišigoj, 1996).

4.3 Predsodki

Stereotipi, mnenja in stališča so predstopnja predsodkov. Stereotipi so nepreverjene sodbe, dejstva ali govorice, ki temeljijo na kognitivni komponenti tako, da je osnovna funkcija stereotipov pravzaprav poenostavljanje stvarnosti (Ule, 1994).

Predsodek je stališče, skupek prepričanj, ki so utemeljeni samo na osnovi pripadnosti določeni skupini. Je vnaprej obdelano mnenje, ki ima sedež v preteklosti in se zatorej ne ujema s sedanostjo in z resničnostjo. Torej je to mnenje popolnoma zmotno, zgrešeno (Ule, 1994).

V Slovarju slovenskega knjižnega jezika je predsodek razložen kot negativen, odklonilen odnos do koga ali česa, neodvisen od izkustva (DZS, 1994). V družboslovni literaturi je predsodek definiran kot oblika stališč, ki niso upravičena, utemeljena in preverjena, vendar jih spremljajo izrazito močna čustva in so odporna na spremembe. Predsodki so procesi socialne kategorizacije pri čemer značilnosti socialnih stanj generaliziramo v stereotipne predstave in sodbe.

Predsodki se v vedenju posameznika in skupine odražajo na različne načine, na primer kot obrekovanje, izogibanje, zapostavljanje.

Pojem predsodkov je definiran kot čustva, ki so prisotna v družbi oziroma v določeni skupini, ki sebe vidi kot superiorno v odnosu do ostalih skupin in njeni pripadniki zase menijo, da so upravičeni do oblasti, privilegijev in ugleda, hkrati pa se bojijo, da bi jim nasprotna skupina s kakšnim načrtom ali zaroto te redke dobrine odvzela. Tako so predsodki lahko pozitivni ali negativni. Usmerjeni so na manj zaščitene skupine in posameznike, so torej primerna oblika izražanja lastne nakopičene napetosti, nezadovoljstva, agresivnosti. Predsodki so resen družben problem in odpirajo pomembno vprašanje, kaj lahko storimo za zmanjševanje predsodkov. Razloga za optimizem ni, saj so predsodki zelo trdovratni, še posebej tisti, ki imajo globlje vzroke v osebnosti nosilca predsodkov. Centralni katalizator za vzdrževanje in prenašanje predsodkov na naslednje generacije je prav gotovo odvisnost od lastnih predsodkov. Vsakdo ima nekaj predsodkov in je obenem žrtev predsodkov (Ule, 1994).

5 TEORIJA MEDSEBOJNIH ODNOSOV

»Odnos je prostor, kjer oseba lahko postaja to, kar najgloblje je. Odnos pomeni, dati prostor drugemu, priznati drugega, dovoliti drugemu, da obstaja, živi in je takšen, kot je. Odnos je več kot simpatija ali podobnost mnenj in gledanj« (Ule, 1994).

V konceptu zdravstvene nege H. Peplau razlaga, da je »medosebni odnos, kot človeški odnos, odnos med posameznikom, ki potrebuje pomoč, in medicinsko sestro, ki ima potrebna znanja, sposobnosti in pristojnosti, da prepozna potrebe po pomoči in se nanje profesionalno odzove« (Hajdinjak, Meglič, 2006).

Kako pomemben je dober odnos do soljudi, ki prihajajo k nam v ambulate s svojo stisko in po pomoč, vemo iz vsakodnevne prakse. Odnosi do pacienta in kolektiva zahtevajo od nas veliko znanja, potrpežljivosti, sočutja in razumevanja. Vedenje uporabnika drog je včasih neprimerno. Lahko je posledica vpliva substance ali vedenjskega vzorca za doseganje želenega cilja. Razliko med tema dvema vedenjema je večkrat težko ločiti.

Delo z odvisnimi od nedovoljenih drog v ambulantni oskrbi se razlikuje od dela v bolnišnicah, kjer je varovanec štiriindvajset ur dnevno pod nadzorom. Tudi delo z odvisnim uporabnikom v drugih, na primer splošnih ambulantah, kjer zaposleni vedo oziroma ne vedo za bolnikovo zasvojenost. Uporabnika se običajno obravnava dnevno, po nekaj minut, vendar v večini primerov skozi več mesecev oziroma let. Dejstvo je, da je prisotna v CPZOPD-ju Koper skupina uporabnikov že od začetka delovanja centra, to je petnajst let. Po njihovem pričevanju ne želijo drugih načinov zdravljenja.

Tako uporabniki v CPZOPD-ju vedno znova prihajajo in odhajajo v svoje socialno okolje in prinašajo s seboj dnevne probleme in resurse.

Med uporabniki vzdrževalnega programa in medicinsko sestro se vzpostavi medosebni odnos, ki je dinamičen, se spreminja skozi posamezne faze ter pusti določene sledi tako na MS-ju kot tudi na pacientu.

Hildegard Peplau zdravstveno nego »pojmuje, kot »silo zorenja« in izobraževalni inštrument, saj jo razlaga, kot učno izkušnjo obeh sodelujočih v medsebojnem odnosu« (Hajdinjak, Meglič, 2006).

Najpomembnejši elementi zdravstvene nege po Hildegard Peplauovi so: psihodinamična zdravstvena nega, faze odnosa med medicinsko sestro in pacientom, in vloge, ki jih v medosebnem odnosu prevzame medicinska sestra (Bohinc, Cibic, 1995).

6 ZDRAVSTVENA NEGA

Sestavni del zdravstvene nege je zdravstvena vzgoja, s pomočjo katere lahko vplivamo na razvoj osebnosti, in sicer osebnosti, ki bo kreativna, konstruktivna, produktivna v osebnem in družbenem življenju. Cilji zdravstvene nege so lahko ustrezno doseženi le s sodelovanjem in dobrim medsebojnim odnosom medicinske sestre, zdravstvenega tehnika in pacienta. Ta odnos se imenuje terapevtski medsebojni odnos. Gre za odnos, v katerem se oba udeleženca razvijata, spreminjata (Hajdinjak, Meglič, 2006).

Paplau H. kot pionirka v razvoju teoretičnih osnov in spoznanj v zdravstveni negi, poudarja, da je treba pacienta sprejeti kot enkratno celovito osebnost, brez predsodkov, takšnega kot je in mu vedno znati prisluhniti (Hajdinjak, Meglič, 2006).

Delo v metadonski ambulanti je izredno specifično in ni primerljivo z delom v drugih ambulantah. Te specifikke želim v nadaljevanju tudi izpostaviti.

Zdravstveno vzgojno delo z odvisnimi od prepovedanih drog, ki so vključeni v vzdrževalni metadonski program, je združeno z dnevnim podeljevanjem metadonske terapije.

Obsega:

1. spoznavanje in učenje pravil obnašanja,
2. vzpodbujanje k izvajanju osnovnih higienskih veščin,
3. zmanjševanje škodljivih posledic načina življenja uživalca drog (učenje prve pomoči pri predoziranju z opiat, svetovanju o oskrbi kožnih vnetij, ki nastanejo kot posledica nestrokovnega iniciranja neznanih pripravkov, svetovanje o preprečevanju okužb z virusi HIV, hepatitisa B in C, tuberkuloze;),
4. svetovanje glede testiranja in cepljenja za hepatitis B,
5. posebno pozornost, ki se namenja nosečnicam in otrokom staršev, vključenih v vzdrževalni metadonski program
6. zdravstveno vzgojno delo, ki je usmerjeno tudi v odkrivanje zgodnjih bolezenskih znakov oziroma sprememb in napotitev k svojemu izbranemu zdravniku ali specialistom,
7. vzpodbujanje k iskanju dela ali nadaljevanju šolanja,
8. vzpodbujanje k vključevanju v ostale aktivnosti Centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog in v druge programe pomoči (usmerjanje na centre za socialno delo, zavod za zaposlovanje, nizkopražne programe).

Posamezne zgoraj naštetе aktivnosti se izmenjujejo ter so v različnih primerih različno vključene. Delo je deloma individualizirano in ga medicinska sestra prilagaja potrebam, zmožnostim in interesom uporabnikov programa.

Pomembna naloga medicinske sestre ali zdravstvenega tehnika, ki razdeljuje metadonsko terapijo, je opazovanje uporabnika. Ko stopi do okenca za podeljevanje, opazuje:

1. način pristopa do okenca;
2. držo telesa;
3. mimiko obraza;
4. pogled;
5. zenice, roke;
6. urejenost;

7. znake, ki so lahko posledica delovanja psihoaktivnih snovi, ki jih ena tretjina uporabnikov še vedno zlorablja, kljub temu, da so vključeni v vzdrževalni metadonski program;
8. vedenje (impulzivnost, nestrpnost, otožnost itd.).

V kratkem času, ki je namenjen podeljevanju metadona, mora medicinska sestra ugotoviti, če je psihofizično stanje primerno, da lahko zaužije predpisano količino zdravila in če lahko dobi pripravljeno solucijo metadona za naslednje dni v roke. Opazuje pa tudi druge spremembe v zvezi z zdravstvenim stanjem, pomaga si s kratkim pogovorom. Če je potrebno, o stanju obvesti zdravnika (Debevec-Švagelj, 1998).

6.1 Osebnost odvisnega in medicinska sestra/zdravstveni tehnik

J. Musek (1998) navaja, da je osebnost skupek naših lastnosti kot celote relativno trajnih telesnih, vedenjskih in duševnih lastnosti, ki so značilne za posameznik.

Na razvoj osebnosti vplivajo številni dejavniki od bioloških (genetskih predispozicij, do različnih poškodb, zdravstvenega stanja otroka pred in po rojstvu ter kasneje v življenju), do okoljskih (družine in socialne mreže). Temeljno vodilo človeka je težnja k sreči. Poti doseganja so v določenih družbah / kulturah predpisane – jih imamo za normalne, zdrave / prave, celo naravne. Tudi uživanje drog je eden od načinov doseganja sreče oziroma izogibanja bolečini. Zaradi različnih razlogov pa so s takim načinom doseganja sreče povezane tudi težave. Zasvojenost je proces, ki se razvija in pogloblja; v začetnih obdobjih prevladujejo ugodni učinki drog, kasneje pa zasvojeni za dosego istega učinka potrebuje vedno več droge in čedalje pogostejše.

Človek, ki se predaja tej ali oni zasvojenosti, ima od tega določene koristi:

1. zataji zanj očitno pretrdo resničnost;
2. doseže umetno spremembo doživljanja samega sebe;
3. doseže občutek simbiotske povezanosti z nadomestnim objektom. (Bohak, 1995).

Medicinska sestra/zdravstveni tehnik je predvsem človek. H. Paplau razloži odnos skozi štiri koncepte. Prvi koncept je človek, in sicer: »človek kot organizem z biološkimi, psihološkim in fizičnimi lastnostmi, ki živi in deluje v nestabilnem ravnovesju z okoljem«, podarja psihološke lastnosti in izkušnje (potrebe, razočaranja, konflikti, nesoglasja, spori in strahovi). Drugi koncept je zdravje, ki ga pojmuje kot rezultat pozitivnega razvoja človekove osebnosti in posameznika, ki živi v ravnovesju s svojim okoljem kot priznan in ustvarjalen človek. Predstavi koncept okolja in posledice vpliva na človeka, ki zaradi slednjega razvije specifične navade, običaje, kulturo in način delovanja. Pozitivno delovanje okolja na človeka vpliva na zdravje tudi pozitivno, negativni vplivi pa lahko vodijo v bolezen. In četrti koncept je koncept zdravstvene nege, in jo poimenuje kot medosebni odnos med medicinsko sestro, ki vzgaja, usmerja, izobražuje in vodi pacienta, in le-ta, da se razvije in dozori v kreativno, ustvarjalno in produktivno osebnost (Hajdinjak, Meglič, 2006).

6.2 Vloge medicinske sestre

Delo z uporabniki drog predstavlja terapevtski medsebojni odnos. Vključuje medicinsko sestro in pacienta, njun odnos, sodelovanje in interakcijo med njima. Osnovni namen tega odnos je, da pacientu pomaga do samostojnosti oziroma, da postane enakovreden partner v procesu zdravljenja. Obenem pa medosebni odnos predstavlja možnost za profesionalno rast medicinske sestre.

Paplauova v svoji teoriji »Model medsebojnih odnosov« predstavlja in zagovarja šest vlog medicinske sestre pri delu z bolnikom, obenem pa pravi, da to število ni popolno. Vloge so sledeče:

1. učiteljica,
2. vir,
3. svetovalka,
4. vodja,
5. izvajalka medicinsko tehničnih posegov,
6. nadomestek (Hajdinjak, Meglič, 2006).

Pri vsakodnevnem srečevanju z uporabniki, vključenimi v vzdrževalni metadonski program, se medicinska sestra znajde v vseh naštetih vlogah. Za mnoge paciente je srečanje v metadonski ambulanti prijeten dogodek, saj čutijo, da so sprejeti takšni, kot so. Medicinska sestra mora biti pripravljena na mnoga vprašanja v zvezi z metadonskim in novimi zdravili za vzdrževanje in zdravljenje zasvojenosti. Veliko vprašanj je povezanih s posledicami tveganega vedenja (abcesi, vnetja po i.v. aplikaciji drog) ter možnostmi preprečevanja in reševanja le-teh. Večkrat se uporabniki drog obračajo na medicinsko sestro, ki nastopa kot povezovalka med drugimi ustanovami (med zavodom za zaposlovanje, zobozdravstvenimi ginekološkimi, in drugimi specialističnimi ambulantami, medicino dela, Centrom za socialno delo, komunami, župniščem in drugimi) in pacientom.

Razdeljevanje metadona, naročanje in dokumentiranje, testiranje urina na prepovedane snovi, cepljenje in drugo, so medicinsko-tehnični posegi, ki pri frekvenci od 150 do 180 uporabnikov dnevno, vzamejo medicinski sestri veliko časa. Že samo srečanje takega števila ljudi predstavlja določeno osebno obremenitev.

Delo zahteva stabilno osebo, ki ne sme postavljati v ospredje lastnih vrednot ali problemov. Odvisniki imajo izredno sposobnost zaznavanja in razumevanja sporočil, ki jih izražamo z nebesedno komunikacijo. Medicinska sestra mora zaupati tudi svojim sposobnostim, znanju in intuiciji. Med njimi se mora vzpostaviti tih dogovor o vzajemnem spoštovanju.

Empatičen odnos do uporabnikov je zelo pomemben dejavnik za uspešno delo v matadonski ambulanti. Težko je razumeti, kaj pacient doživlja, obenem pa se ne sme prepustiti čustvom. Prav tako je težko ostati neprizadet ob srečanju z neprimernim obnašanjem. Prav medicinska sestra / zdravstveni tehnik je velikokrat oseba, ki mora sprejeti slabo voljo pacienta, odvisnega od prepovedane snovi in se ob tem ne sme počutiti prizadeto.

Doslednost v ravnanju je zelo pomemben dejavnik v odnosu med uporabnikom in medicinsko sestro, uporabnikom in timom, zlasti kadar gre za nek dogovor in kršitev le-tega.

Zato predstavljata sodelovanje in podpora znotraj tima (zdravnika, psihologa, psihiatra in medicinsko sestro) možnost za vsestransko spoznavanje problema uporabnika ter možnost za nenehno izobraževanje in supervizijo.

MS nastopa v vseh šestih vlogah skozi štiri faze, ki so usmerjene v medsebojne odnose in so v pomoč uporabniku. Prvo srečanje, ko se bolnik predstavi in se seznani z medicinsko sestro in okoljem, imenujemo faza orientacije. Prvič se namreč srečata kot tujca. Razumevanje drug drugega sloni na stereotipih, predsodkih ter prejšnjih izkušnjah v podobnih situacijah in s podobnimi osebami. Z zmanjševanjem napetosti, tesnobe ter uporabnikovega strahu pred nepoznanim, se zaključuje faza orientacije in se aktivnosti preusmerijo v reševanje problemov.

V drugi fazi se identificirajo njegove potrebe in problemi. Razjasnijo se pričakovanja drug do drugega in pacient sprejme svojo vlogo v procesu zdravljenja. Ustvari se medosebni prostor, v katerem mora pacient dobiti občutek, da je kot osebnost upoštevan, spoštovan in da ima možnost soodločanja o načinu reševanja svojih problemov in težav.

Tretja faza se imenuje eksploatacija oziroma (v prevodu) izkoriščanje in je najdaljša faza, ki vsebuje vsakodnevno srečevanje z uporabnikom v času vzdrževanja z metadonom. Medicinska sestra nudi občutek stalne pozitivne poklicne naklonjenosti. Zanimati se mora za pacienta, ga sprejemati, mu zaupati, opogumljati, ga poučevati in voditi. Cilj je, da pacient izrabi lastne zmožnosti, kar se odraža v večji zaupljivosti, zmogljivosti in pri prevzemanju odgovornosti za svoja dejanja.

Četrta faza imenovana razrešitev problema pomeni v procesu zdravljenja odvisnosti z vzdrževalnim metadonskim programom, prehod bolnika v višjepražni program zdravljenja. Uspešna vključitev in reintegracija je želja in cilj vključenega v metadonski program.

Paplau H. poudarja, da terapevtske faze potekajo po določenem zaporedju od prve do zadnje, in da prehod iz ene v drugo ni možen ne da bi bila predhodna faza zaključena. Lahko pride do prepletanja posameznih faz, ki so povezane z odvisnostjo pacienta ali njegovo izkušnjo iz preteklosti. Medicinska sestra z vztrajnim opazovanjem, poslušanjem pacienta in preprečevanjem recidivantnega vzorca iz preteklosti, prekine zdrs v nižje faze oziroma v fazo ponovnega začetka. Pomaga mu pri sprejemanju in dosledni razlagi vsebin, ki pomagajo k uspešnem napredovanju, rasti in zorenju pacienta kot osebnosti.

Osebnosti pacienta in profesionalni cilji medicinske sestre so v začetku različni, v nadaljevanju se v medosebnem odnosu uskladijo v skupne cilje, ki jih dosežeta ob zaključku razrešitve (Hajdinjak, Meglič, 2006).

7 EMPIRIČNI DEL

7.1 Opredelitev raziskovalnega problema

V zdravstveni negi je medoseben odnos oblika medosebne socialne interakcije med najmanj dvema udeležencema tega procesa - medicinsko sestro in pacientom. Namen vstopanja v medoseben odnos je k pacientu usmerjeno komuniciranje. Vsebine pa so povezane z zdravjem.

V kakovostnem, pozitivnem in konstruktivnem odnosu medicinska sestra pridobi pomembne informacije za zdravstveno nego in doseže sprejemanje in sodelovanje pacienta v procesu zdravljenja.

»Razlogi slabemu odnosu so nezaupanje, strah, napetost. Pacient se v takem primeru lahko odzove z agresijo ali umikom, lahko se izolira in ne sodeluje v zdravstveni negi. Posledično medicinska sestra ne dobi potrebnih informacij in lahko postane ravnodušna in nemotivirana za sodelovanje s pacientom« (Hajdinjak, Meglič, 2006).

Kodeks etike, ki je za medicinsko sestro zavezujoč, pravi, da mora medicinska sestra pri svojem delu spoštovati individualne potrebe in vrednote varovanja. V primeru dela z uporabniki drog tako ni dovolj, da zaznava problem odvisnosti in od daleč podpira ali zagovarja različne oblike zdravljenja, temveč se mora vedno znova odločati, da bo brez predsodkov obravnavala pacienta z boleznijo odvisnosti od prepovedanih drog.

Z raziskavo želimo ugotoviti ali imajo zdravstveni delavci, zaposleni v drugih ambulantah Zdravstvenega doma Koper, predsodke do odvisnih oseb, ki so zasvojene in vključene v program Centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljevanj CPZOPD-ja).

7.2 Namen, cilj in hipoteze diplomskega dela

7.2.1 Namen raziskave

Na osnovi pridobljenih podatkov iz raziskave bomo ugotovili ali imajo zaposleni predsodke do odvisnih oseb, ki so zasvojene ter vključene v metadonski program, in kako močno ti predsodki vplivajo na medosebni odnos med njimi.

7.2.2 Cilji raziskave

Le-ti so:

identificirati značilnosti odnosa med zaposlenimi v drugih ambulantah in med odvisnimi uporabniki, ki jih zaposleni srečujejo v času dežurstva;

- priti do konkretnih spoznanj o značilnostih odnosa do vzdrževalnega metadonskega programa;
- predlagati možne rešitve za zmanjševanje predsodkov, negativnih stališč in povečanje strpnosti do odvisnih, ki so vstopili v vzdrževalni metadonski program;
- izvedeti, kako je odnos povezan s starostjo zaposlenih, njihovo izobrazbo, oddaljenostjo delovišča MA-ja, njihovo lastno oceno o poznavanju dela in namenu metadonskega vzdrževanja, spolom, otroci, krajem bivanja ter zadovoljstvom z delom;
- ugotoviti poznavanje bolezni zasvojenosti;
- ugotoviti, kje so zdravstveni delavci pridobili znanje, in ugotoviti stališča zdravstvenih delavcev do pojava drog oziroma zasvojenosti.

7.2.3 Hipoteza

Zaposleni v zdravstveni negi imajo predsodke do uporabnikov, vključenih v metadonski program.

7.3 Metode dela in preiskovanci

7.3.1 Metode dela

Hipotezo smo preverjali z empirično raziskavo, v kateri je bila uporabljena metoda anketiranja.

Do rezultatov smo prišli s pomočjo anonimnega vprašalnika, ki je vključeval zaprt in odprt tip odgovorov.

Za zbiranje podatkov smo pripravili anketni vprašalnik s 14 vprašanji, in ga v mesecu marcu, leta 2006 razdelili delavcem, zaposlenim na področju zdravstvene nege v Zdravstvenem domu Koper. Anketiranje je potekalo do junija leta 2006.

Anketni vprašalnik je sestavljen iz več sklopov vprašanj. Prvi sklop obsega splošna vprašanja, kot so: spol, starost, izobrazba, otroci, kraj bivanja in zadovoljstvo z delom (od 1 do 6).

V naslednjem sklopu sprašujemo po lokaciji delovnega mesta anketiranca ter po pogostnosti srečevanja z uporabniki, vključenimi v metadonski program, ki prihajajo v Zdravstveni dom Koper (vprašanja od 7 do 8). Zaradi velikosti Občine Koper in organiziranosti zdravstvene službe, so nekatere ambulate oddaljene od osrednje hiše Zdravstvenega doma. Sam CPZOPD je lociran kot posamezna enota. Nameščena je že sedmo leto v, za to dejavnost, začasno predelanih prostorih stare porodnišnice Koper.

V tretjem sklopu anketiranec oceni svoje poznavanje dela Centra za preprečevanje in poznavanje ciljev vzdrževalnega metadonskega programa ter pokaže svoja znanja o bolezni odvisnosti oziroma zasvojenosti (vprašanja od 9 do 11).

Zadnji sklop se nanaša na stališča in posledično odnos do CPZOPD-ja, na odnos do uporabnika ter na odnos in pogostnost stika z zaposlenimi v CPZOPD-ju. Gre za uporabnika

in predstavo o uporabniku, oblikovano na podlagi medijev, vsakdanjih pogovorov in redkih osebnih izkušenj. Osebnih izkušenj dela z uporabniki pa so zelo omejene na čas dežurstva.

Za dovoljenje za izvedbo ankete med zaposlenimi v zdravstveni negi sem zaprosila direktorja in Strokovni kolegij, ki sta moji prošnji ugodila.

Izobrazbena struktura anketirancev v vzorcu je bila sledeča:

Preiskovanci so bili medicinske sestre in zdravstveni tehniki, zaposleni v Zdravstvenem domu Koper. Vzorec je zajemal 12 diplomiranih medicinskih sester, 41 s končano srednjo zdravstveno šolo (zdravstveni tehniki) in 1 je končal specializacijo. Enako število anketiranih oseb pripada starostni skupini od 40 do 43 let in skupini od 52 do 56 let. Največ jih živi v manjšem mestu in imajo otroke. Zadovoljstvo na delovnem mestu je zelo visoko in velika večina vprašanih svoje delo opravlja v oddaljenosti od CPZOPD-ja manj kot 1000m, kar pomeni oddaljeno. Največ anketiranih oseb se enkrat na teden srečuje z uporabniki drog in svoje poznavanje dela v CPZOPD-ju ocenjuje kot slabo. Poznavanje definicije zasvojenosti med vprašanimi zdravstvenimi delavci, ki sodelujejo v anketi, preseneča visoko število (13%) izbire odgovora, da je zasvojenost akutna nalezljiva bolezen.

Preglednica 1. Raziskovalni model

	Raziskovalni model		
Preglednica	Vprašanje	Opis spremenljivke	Možni odgovori
Spol zaposlenih	1.Katerega spola ste?	nominalna	moški ženski
Starost zaposlenih	2.Koliko ste stari?	ordinalna	do 35 let od 36 do 45 let od 46 do 55 let več kot 55 let
Izobrazba zaposlenih	3.Vaša izobrazba je?	ordinalna	srednja šola višja šola visoka/univerzitetna specializacija magisterij ali doktorat znanosti
Zaposleni imajo otroke	4.Ali imate otroke?	nominalna	da ne
Zaposleni živijo	5.Kje živite?	nominalna	na vasi na manjšem mestu v večjem mestu
Zadovoljstvo zaposlenih s svojo službo	6.Ali ste zadovoljni s svojim delom?	ordinalna	1. nisem zadovoljen 2. 3. 4. 5. popolnoma zadovoljen

Raziskovalni model			
Preglednica	Vprašanje	Opis spremenljivke	Možni odgovori
Oddaljenost zaposlenih od metadonske ambulante (MA)	7.Kje poteka pretežni del Vašega delovnega časa?	ordinalna	v neposredni bližini metadonske ambulante oddaljenost več kot 500 m od MA oddaljenost več kot 1000 m od MA oddaljenost več kot 1 km od MA
Frekvenca kontakta zaposlenih iz drugih ambulant z uporabniki CPZOPD	8.Kolikokrat se srečate z uporabniki CPZOPD-ja?	ordinalna	enkrat na teden dvakrat na teden trikrat na teden štirikrat na teden
Poznavanje dela metadonske ambulante od strani zaposlenih v zdravstveni negi (ZN) v drugih ambulantah ZD	9.Koliko poznate delo v CPZOPD-ju?	ordinalna	1.ne poznam dela in doktrine 2.slabo poznam 3.razmeroma dobro 4.dobro 5.zelo dobro
Kako odvisnost definirajo zaposleni v ZN	10.Kako bi opredelili odvisnost?	nominalna	a.akutna, nalezljiva ozdravljiva bolezen b.razvada c.slabost volje d.kronična recidivantna bolezen

Raziskovalni model			
Preglednica	Vprašanje	Opis spremenljivke	Možni odgovori
Mnjenje zaposlenih o načinu zdravljenja odvisnosti oz. metadonskem vzdrževanju	11. Kaj je po Vašem mnenju cilj metadonskega vzdrževanja?	nominalna	a.abstinenca b.zmanjšana umrljivost in obolelnost c.zmanjšanje kriminalitete povezane z drogo d.zamenjati eno drogo z drugo
Stališče zaposlenih do MA v prostorih Zdravstvenega doma	12. Kakšno je Vaše stališče do CPZOPD-ja v prostorih Zdravstvenega doma?		
	12/A	ordinalna	1.me sploh ne moti 2. 3. 4. 5.me zelo moti
zaposleni bi oz. ne bi delali v CPZOPD-ju	12/B	ordinalna	1.nikakor ne bi delal v CPZOPD-ju 2. 3. 4. 5.rad bi delal v CPZOPD-ju
Zaposleni opredelijo menenje o tem ali sodi metadonska ambulanta v zdravstveni dom	12/C	ordinalna	1.ne sodi v zdravstveni dom 2. 3. 4. 5.sodi v zdravstveni dom

Raziskovalni model			
Preglednica	Vprašanje	Opis spremenljivke	Možni odgovori
Zaposleni nakažejo na strah do MA v prostorih zdravstvenega doma	12/D	ordinalna	1.se je ne bojim 2. 3. 4. 5.se je bojim
Zaposleni ocenjujejo ali je MA potrebna v prostorih zdravstvenega doma	12/E	ordinalna	1.nepotrebna 2. 3. 4. 5.nujno potrebna
Zaposleni opredelijo odnos do uporabika metadonskega programa	13.Kako opredeljujete svoj odnos do "povprečnega" zasvojenca?		
	13/A	ordinalna	1.nikakor mi ni nevaren 2. 3. 4. 5.zasvojenec mi je nevaren
Opredelijo željo po delu z uporabniki kot s pacientom	13/B	ordinalna	1.ga nikakor ne želim za svojega pacienta 2. 3. 4. 5.si ga zelo želim za svojega pacienta

Raziskovalni model			
Preglednica	Vprašanje	Opis spremenljivke	Možni odgovori
Če dobijo nalogo, da delajo z zasvojenci opredelijo pripravljenost, da odpovejo službo	13/C	nominalna	da ne ne vem
Opredelijo svoj čustveni odziv do zasvojencev	13/D	ordinalna	1.zasvojenci so mi zelo zopni 2. 3. 4. 5.nikakor mi niso zopni
	14.Kakšen je Vaš odnos do delavcev v CPZOPD-ju?		
Odnos zaposlenih v drugih ambulantah z zaposlenimi v CPZOPD-ju	14/A	ordinalna	1. nimam konfliktov 2. 3. 4. 5. pogosti konflikti
Koliko se srečujejo zaposleni v MA in zaposleni v drugih ambulantah v teku delovnega časa?	14/B	ordinalna	1. jih ne srečam med delovnim časom 2. 3. 4. 5.pogosto jih srečujem

Raziskovalni model			
Preglednica	Vprašanje	Opis spremenljivke	Možni odgovori
Kolikokrat je kontakt po telefonu med zaposenimi v MA in med drugimi ambulantami?	14/C	ordinalna	1. jih nikoli ne slišim po telefonu 2. 3. 4. 5. jih slišim samo po telefonu

7.4 Rezultati in analiza podatkov

Za potrebe raziskave smo razdelili 65 vprašalnikov. Vprašalnik je vseboval tudi prošnjo za sodelovanje ter obrazložitev namenov in ciljev raziskave oziroma anketnega vprašalnika. Po interni pošti sem prejela 60 vprašalnikov, ki so bili veljavni in uporabljeni v obdelavi.

Dobljene podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa MS Excel 2003. Nekatere odgovore smo obdelali v obliki preglednic in grafov, nekatere pa smo opisno interpretirali.

Izdelali smo preglednico raziskovalnega modela, v kateri smo določili vrste spremenljivk.

7.4.1 Starost in spol anketirancev

Preglednica 2: Starosti in spola anketirancev

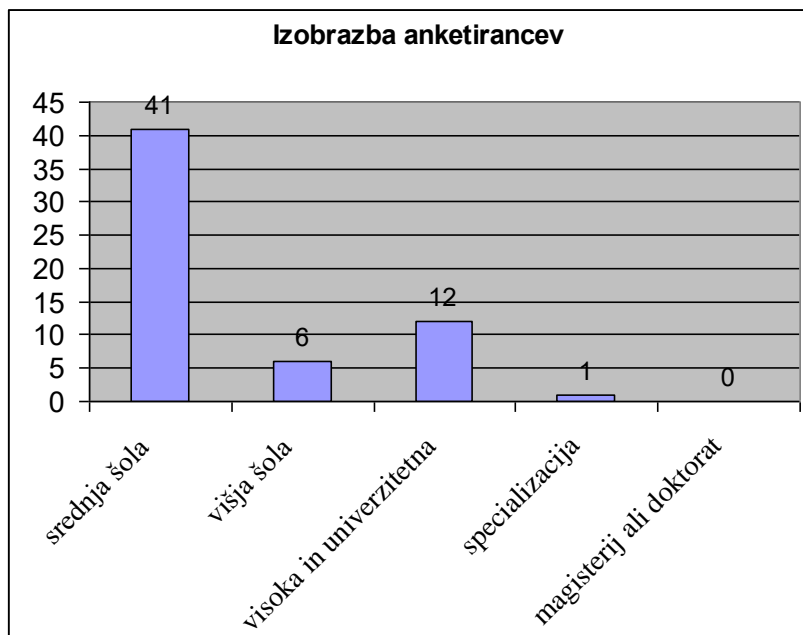
Starost in spol anketirancev	moški		ženske	
	frekvenca	rel. frekv.	frekvenca	rel. frekv.
od 20 do 23 let	0	0	5	9%
od 24 do 27 let	1	33%	1	2%
od 28 do 31 let	2	67%	5	9%
od 32 do 35 let	0	0	4	7%
od 36 do 39 let	0	0	6	11%
od 40 do 43 let	0	0	10	17%
od 44 do 47 let	0	0	8	14%
od 48 do 51 let	0	0	8	14%
od 52 do 56 let	0	0	10	17%
<i>Skupaj</i>	3	100%	60	100%

Podatki o starosti in spolu anketiranih v zdravstveni negi so prikazani v tabeli. Iz tabele je razvidno, da je največ anketirancev sodelovalo v starostni skupini od 40 do 43 let ter od 52 do 56 let. Relativna frekvenca je bila tako v obeh skupinah 17%. Drugi dve starostni skupini sta bili skupina med 44 in 47 let ter skupina med 48 in 51 let. V vzorec je tako bilo vključenih razmeroma malo oseb, mlajših od 35 let. V starostnem razponu od 20 do 35 let je bilo namreč le 18 oseb. Iz prikaza izhaja, da so bile v vzorec, v največji meri, vključene osebe z več leti delovne dobe.

V vzorcu prevladujejo ženske. Število moških, vključenih v raziskavo, je premajhno (3 anketiranci), da bi bilo pomembno kot podatek.

7.4.2 Izobrazba anketirancev

V anketi z vprašanjem št. 3 dobimo vpogled v izobrazbeno strukturo vprašanih. Predstavili smo jo v grafu št. 1.

Graf 1: Izobrazba vprašanih v zdravstveni negi**Preglednica 3: Izobrazba anketirancev**

Izobrazba anketirancev	frekvenca	rel.frekvenca
srednja šola	41	68%
višja šola	6	10%
visoka in univerzitetna	12	20%
specializacija	1	2%
magisterij ali doktorat	0	0%
<i>Skupaj</i>	60	100%

V grafu 1 in iz preglednice 3 je razvidno, da je imela večina (68%) vprašanih srednješolsko izobrazbo. Pomemben je tudi delež oseb z visoko in univerzitetno izobrazbo (20%). Ena ima specializacijo, kar predstavlja 2% vprašanih. Zaposlene osebe v zdravstveni negi so v rednem delovnem času nameščene po izobrazbi na svojih matičnih delovnih mestih, v času dežurstva pa vse opravljajo dela in naloge iz delokroga zdravstvenega tehnika.

7.4.3 Bivališče in starševstvo

Vprašanji št. 4 in št. 5 sta se nanašali na kraj prebivališča in na starševstvo. Zanimalo nas je, kje živi anketirana oseba, ali ima ta oseba otroke, ali kraj prebivanja in starševstvo vplivata na odnos do uporabnikov drog.

Preglednica 4: Bivanje in starševstvo

Velikost kraja	frekvenca	rel. frekvenca
na vasi	18	30%
manjše mesto	31	52%
večje mesto	11	18%
Skupaj	60	100%
Ali imate otroke?	frekvenca	rel. frekvenca
da	48	80%
ne	12	20%
Skupaj	60	100%

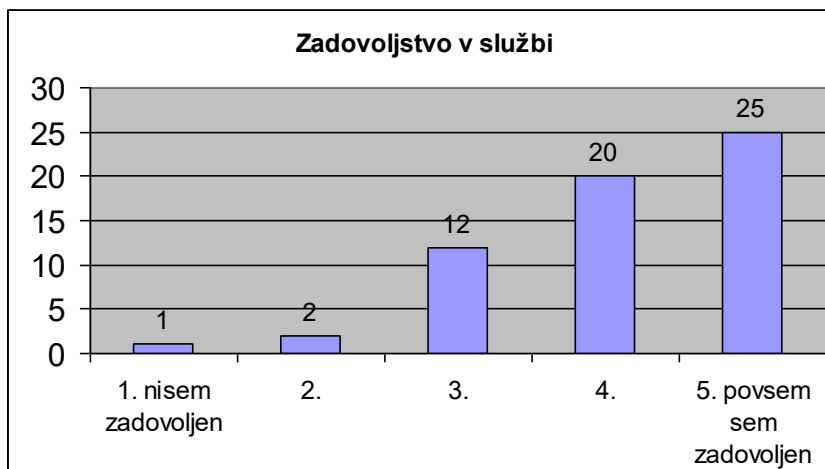
Iz preglednice je razvidno, da večina vprašanih živi v manjših krajih in vaseh. Pomen velikosti kraja vprašanih povezujemo z možnostjo boljšega medsebojnega poznavanja in socialne kontrole, ki je v manjšem mestu višja kot v večjem. V večjem mestu so tudi večje možnosti za stik z uporabniki drog.

Kar zadeva starševstvo, je kar 80% vprašanih imelo otroke.

7.4.4 Zadovoljstvo v službi

Pomemben dejavnik, ki vpliva na kakovost dela, je prav gotovo zadovoljstvo, ki ga posameznik občuti pri opravljanju svojega dela. Kako so anketirani zadovoljni s svojim delom, je bilo izmerjeno s pomočjo petstopenjske lestvice, na kateri so vprašani obkrožili številko, ki je bila najbližja njihovem stališču. Ocena 1 je pomenila, da niso zadovoljni s svojim delom, vsaka višja ocena je pomenila višjo stopnjo zadovoljstva, številka 5 je pomenila, da so zelo zadovoljni s svojim delom. Rezultate vprašalnika bomo prikazali v grafu št. 2.

Graf 2: Zadovoljstvo v službi



Preglednica 5. Zadovoljstvo v službi

Zadovoljstvo v službi	frekvenca	rel.frekvenca
1. nisem zadovoljen	1	2%
2.	2	3%
3.	12	20%
4.	20	33%
5. povsem sem zadovoljen	25	42%
Skupaj	60	100%

Iz rezultatov je razvidno, da so v veliki večini zelo zadovoljni s svojim delom; oceno 5 je obkrožilo 42% anketiranih oseb, oceno 4 pa 33%. Le manjše število jih ni zadovoljno s svojim delom; oceno 3 je izbralo 20%, 3% anketirancev pa oceno 2 in oceno 1 komaj 2%.

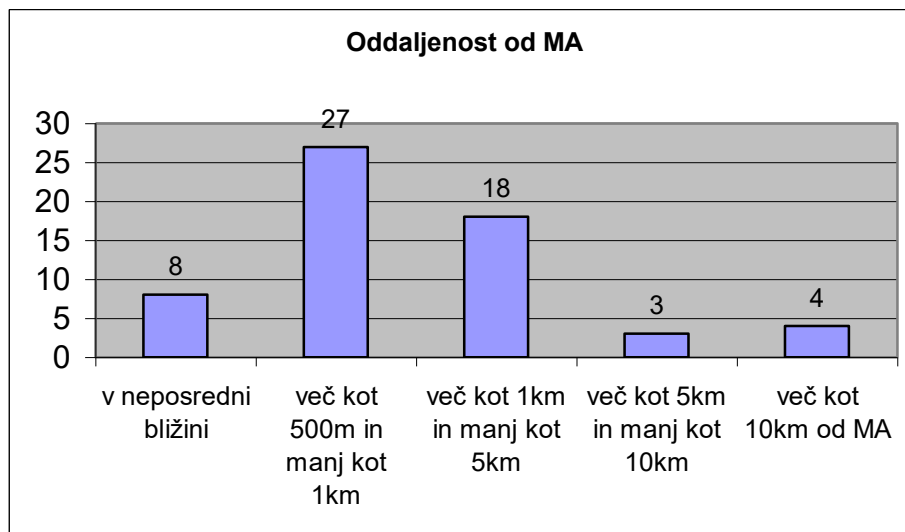
7.4.5 Oddaljenosti delovnega mesta od CPZOPD-ja

Z vprašanjem št. 7 smo anketirane osebe vprašali po njihovi oddaljenosti delovnega mesta od CPZOPD-ja oziroma od metadonske ambulante (MA). Izraz metadonska ambulanta (MA) se v vsakdanjih pogovorih bolj uporablja namesto izraza CPZOPD zaradi zelo dolge kratice in naziva dispanzerja za zdravljenje boleznih odvisnosti. Uporaba izraza MA kaže tudi na to, da javnost in deloma tudi strokovna javnost program CPZOPD-ja reducira le na metadonski program.

Oddaljenosti MA-ja od Zdravstvenega doma Koper je pomembna zaradi razdeljevanja metadonske terapije za sicer majhno število uporabnikov v popoldanskem času, in sicer v času od 14.30 do 19.00 ure. Kdor je upravičen do prejemanja te terapije, pa je bolj podrobno definirano v predstavitvi Centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog Koper.

Rezultati so prikazani v grafu št.3.

Graf 3: Oddaljenost delovnega mesta anketiranih od CPZOPD-ja



Preglednica 6. Oddaljenost delovnega mesta anketiranih od MA-ja

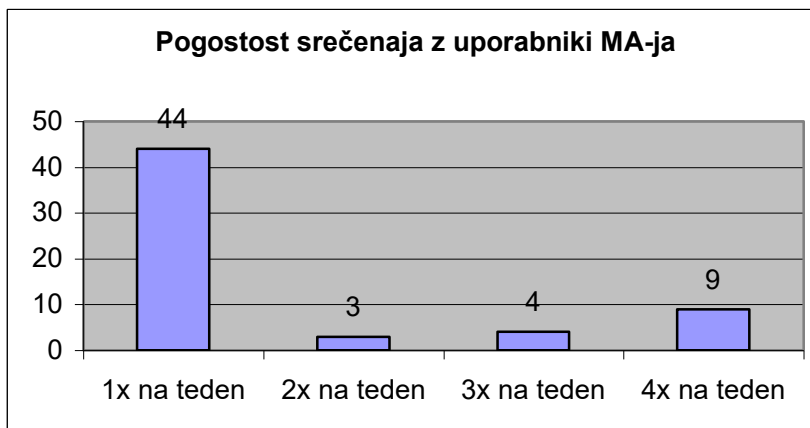
Oddaljenost delovnega mesta anketiranih od MA-ja	frekvenca	rel. frekvenca
v neposredni bližini	8	13%
več kot 500m in manj kot 1km	27	45%
več kot 1km in manj kot 5km	18	30%
več kot 5km in manj kot 10km	3	5%
več kot 10km od MA-ja	4	7%
Skupaj	60	100%

Večina anketiranih je, glede na oddaljenost delovnega mesta od CPZOPD-ja, oddaljenih manj kot 1000m (45%), kar pomeni oddaljeno. Ostali anketirani (30%) so oddaljeni več kot 1 km in manj kot 5 km. 5% anketiranih je oddaljenih več kot 5 km in manj kot 10 km ter tisti, ki delajo v oddaljenosti več kot 10 km od metadonske ambulante (7%).

7.4.6 Pogostnost srečevanja med uporabniki in med v anketo vključenimi zdravstveni delavci

Pogostnost srečevanja uporabnikov CPZOPD-ja z zaposlenimi smo ugotavljali z vprašanjem št. 8.

Rezultati so prikazani v grafu št.4.

Graf 4: Pogostnost srečevanja anketiranih z uporabniki MA-ja**Preglednica 7. Pogostnost srečevanja zaposlenih z uporabniki MA-ja**

Pogostnost srečevanja zaposlenih z uporabniki MA	frekvenca	rel. frekvenca
1x na teden	44	73%
2x na teden	3	5%
3x na teden	4	7%
4x na teden	9	15%
Skupaj	60	100%

Večina anketiranih oseb 73% se pogosteje srečuje z uporabniki, in sicer v času opravljanja dežurne službe enkrat tedensko. Z uporabniki se 15% anketiranih srečuje štirikrat na teden. Dvakrat tedensko 5% in trikrat na teden 7% anketiranih oseb se srečuje z manjšim številom istih uporabnikov metadonske ambulante. Kot je razvidno iz prikaza, anketirane osebe le redko srečujejo uporabnike vzdrževalnega metadonskega programa. Slednje praviloma izključuje bolj osebni odnos oziroma poglobljanje poznavanja teh oseb.

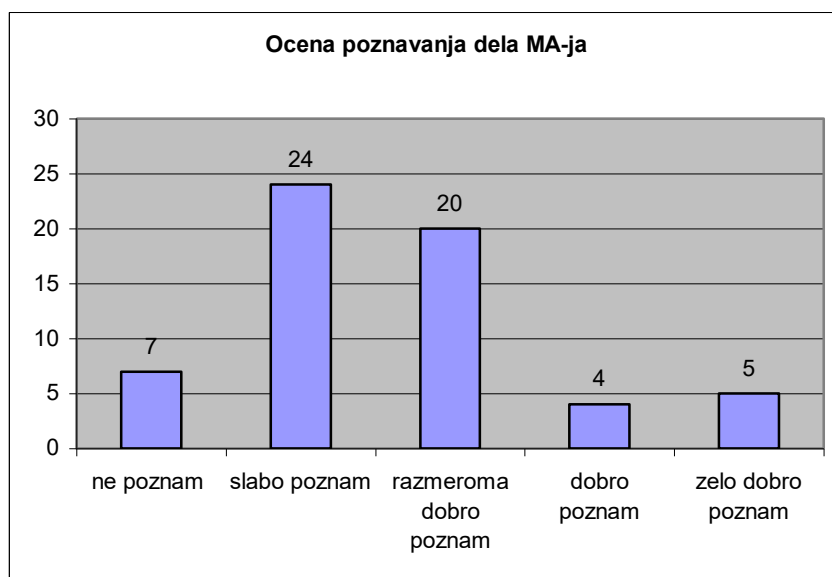
7.4.7 Poznavanje dela in doktrine CPZOPD-ja oziroma MA-ja

Na poznavanje dela in doktrine CPZOPD se je nanašalo 9. vprašanje. Pri tem vprašanju smo prosili anketirance, da obkrožijo odgovor na petstopenjski lestvici.

Rezultate vprašalnika smo prikazali v grafu št. 5. Uporabljali smo kratico MA (metadonska ambulanta).

- Odgovor 1: ne poznam
 Odgovor 2: slabo poznam
 Odgovor 3: razmeroma dobro poznam
 Odgovor 4: dobro poznam
 Odgovor 5: zelo dobro poznam

Graf 5: Ocena poznavanja dela MA-ja



Preglednica 8. Ocena poznavanja dela MA-ja

Ocena poznavanja dela MA-ja	frekvenca	rel.frekvenca
ne poznam	7	12%
slabo poznam	24	40%
razmeroma dobro poznam	20	33%
dobro poznam	4	7%
zelo dobro poznam	5	8%
Skupaj	60	100%

Da dela CPZOPD-ja ne poznajo, je menilo 12% vprašanih. Največ vprašanih je bilo mnenja, da delo Centra (40%) slabo poznajo, 33% je svoje poznavanje opredelilo kot razmeroma dobro. Pomembno nižja deleža oseb pa sta prikazala, da delo Centra dobro ali celo zelo dobro poznajo.

7.4.8 Poznavanje sodobne definicije odvisnosti

Glede na to, da je bila ocena poznavanja povsem subjektivna smo z dodatnim vprašanjem št. 10, ki je zadevalo poznavanje definicije zasvojenosti, želeli dobiti nekoliko ustrežnejši vpogled v to stanje.

Anketiranci so na vprašanje (št. 10), kako bi opredelili odvisnost obkrožali en možen odgovor:

odgovor 1: akutna, nalezljiva, ozdravljiva bolezen;

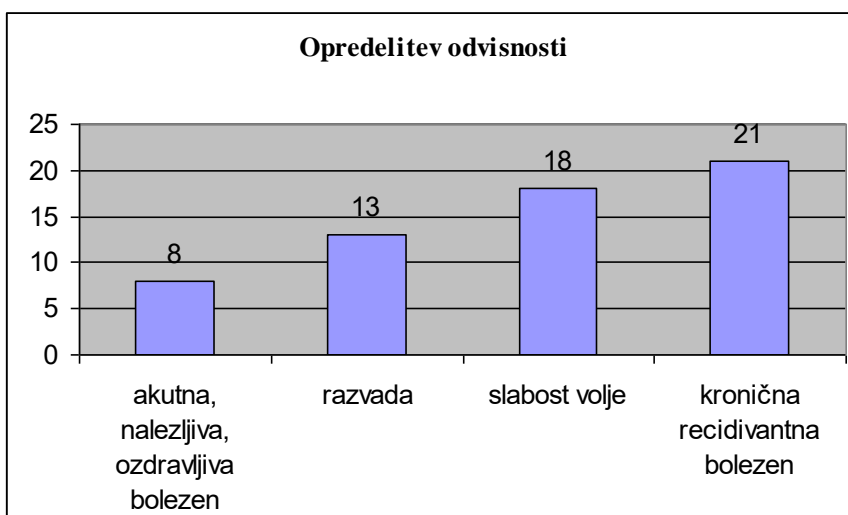
odgovor 2: razvada;

odgovor 3: slabost volje;

odgovor 4: kronična recidivantna bolezen.

Rezultati so prikazani v grafu 6 in preglednici 9.

Graf 6: Poznavanje sodobne definicije odvisnosti med anketiranci



Preglednica 9. Kako bi opredelili odvisnosti?

Opredelitev odvisnosti	frekvenca	rel.frekvenca
akutna, nalezljiva, ozdravljiva bolezen	8	13%
razvada	13	22%
slabost volje	18	30%
kronična recidivantna bolezen	21	35%
Skupaj	60	100%

Na vprašanje, ali se strinjajo z definicijo, da je zasvojenost akutna, nalezljiva bolezen, je pritrdilno odgovorilo 8 anketiranih oseb, kar predstavlja 13% v vzorec vključenih oseb. 22% jih je odgovorilo, da je to razvada, da je to slabost volje pa 30% anketiranih. Kot kronično

ponavljajoča bolezen pa je odvisnost spoznalo kar 35%. Anketiranci s svojimi odgovori o neozdravljivosti oziroma kroničnem poteku bolezni morda nakažejo svoje mnenje o brezupnosti zdravljenja in s tem povezanimi stroški.

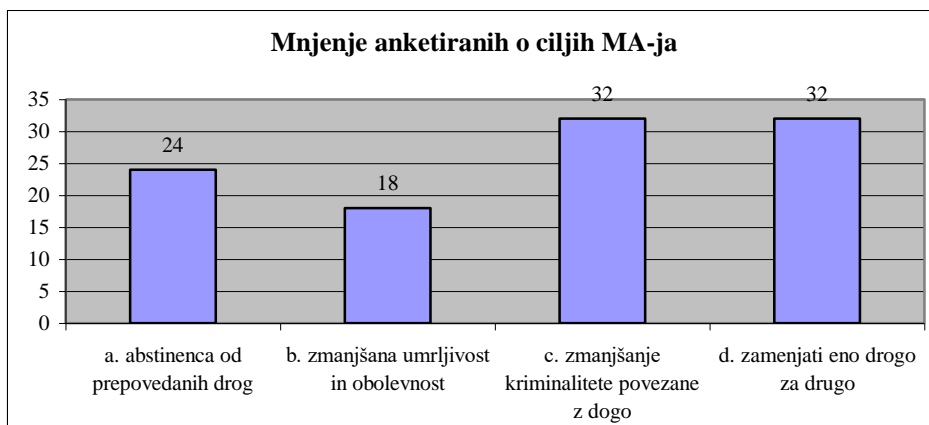
7.4.9 Mnenje anketiranih oseb o ciljih metadonskega vzdrževanja

Vprašanje o ciljih metadonskega vzdrževanja (št. 11) je omogočilo anketirancem, da izberejo enega oziroma več odgovorov, s katerim se strinjajo. Posamezne odgovore smo zaradi boljše preglednosti označili s št. 11a, s št. 11b, s št. 11c in s št. 11d. Vpogled v vse odgovore je prikazan v preglednici 10 in grafu št. 7. Posamezni odgovori so grafično obdelani.

Preglednica 10. Mnenja anketiranih o ciljih MA-ja

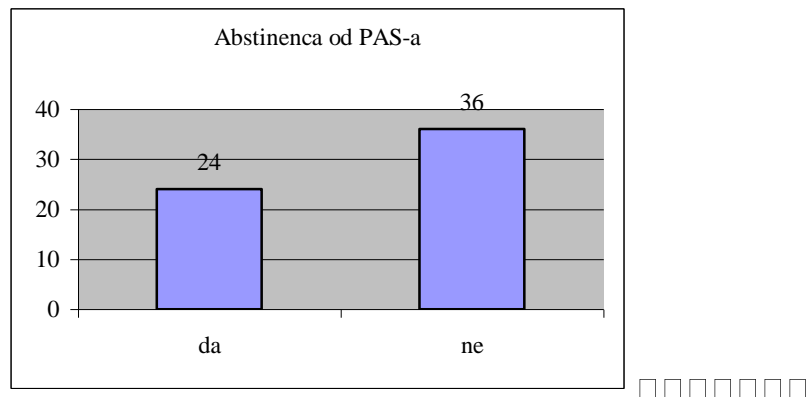
Mnjenja anketiranih o ciljih MA-ja	frekvenca	rel.frekvenca
a. abstinenca od prepovedanih drog	24	23%
b. zmanjšana umrljivost in obolelost	18	17%
c. zmanjšanje kriminalitete povezane z dogo	32	30%
d. zamenjati eno drogo za drugo	32	30%
Skupaj	106	100%

Graf 7: Cilji metadonskega vzdrževanja

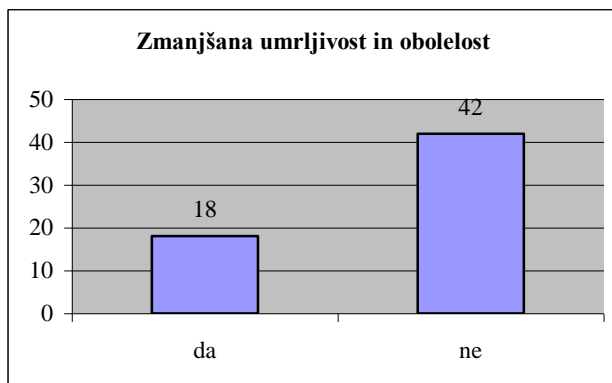


Na vprašanje o ciljih metadonskega vzdrževanja so anketiranci imeli možnost izbrati enega ali več odgovorov, s katerimi se strinjajo. Za možnost, da je cilj metadonskega vzdrževanja abstinenca od prepovedanih drog, se je odločilo 23% vprašanih, 17% se je odločilo za zmanjšano umrljivost in obolelost in 30% vprašanih je izbralo zmanjšano kriminaliteto povezano z drogo. Enako število si je izbralo za svoj odgovor, da eno drogo zamenjajo z drugo.

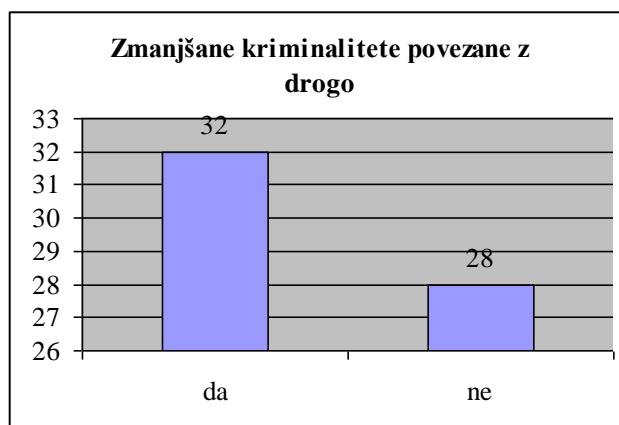
Na vprašanje št. 11/a, ki je anketirance spraševalo po tem, ali menijo oz. ali se strinjajo s trditvijo, da je cilj programa doseči abstinenco, je 24 oseb odgovorilo pritrdilno, medtem ko se jih 36 s tem ni strinjalo, kar je razvidno iz grafa 7/a.

Graf 7/a. Abstinenca od prepovedanih snovi (PAS)

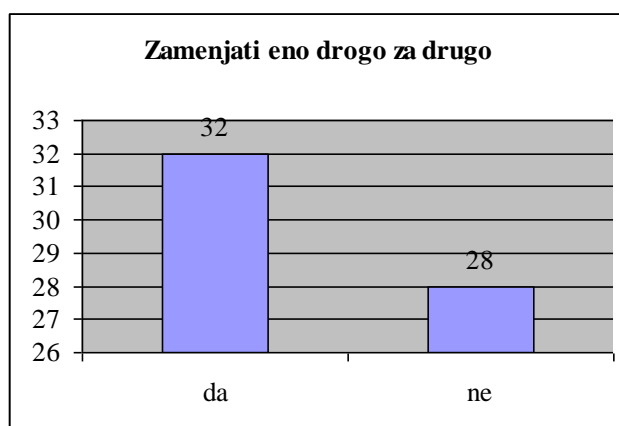
Tudi pri vprašanju št. 11/b, v katerem smo anketirance spraševali po tem, ali se strinjajo s trditvijo, da je tudi eden od ciljev programa zmanjševanje umrljivosti in obolelosti med osebami, vključenimi v vzdrževalni program, je bil delež pritrdilnih odgovorov nižji, in sicer za več kot polovico, kar prikazuje graf 7/b.

Graf 7/b. Zmanjšana umrljivost in obolelost

Več pritrdilnih odgovorov smo zabeležili pri vprašanju št. 11/c. 32 anketirancev je menilo, da metadonski program znižuje kriminaliteto, povezano z drogami, kar je razvidno z grafa 7/c.

Graf 7/c. Zmanjšane kriminalitete povezane z drogo

Tudi pri vprašanju št. 11/d zasledimo več pritrdilnih odgovorov. 32 vprašanih se je opredelilo za mnenje zamenjati eno drogo za drugo.

Graf 7/d. Zamenjati eno drogo za drugo

Pri vprašanjih 11/c in 11/d je bil delež odgovorov enak, to je sicer 32 oseb, kar predstavlja 53% vprašanih. Razmeroma visoko število pritrdilnih odgovorov na vprašanje št. 11/c kaže, da se sicer vprašani zavedajo družbeno koristnega pomena vzdrževalnega metadonskega programa. Po številu pritrdilnih odgovorov tema vprašanjema sledi vprašanje št. 11/a, ki zadeva doseganje abstinence. Razlog za to je, da je način doseganja abstinence drugačen kot v drugih programih in abstinenca se večini zdi oddaljena v procesu zdravljenja. Najnižji delež pritrdilnih odgovorov pa zasledimo pri vprašanju, s katerim smo anketirance spraševali po tem, kaj menijo o cilju zmanjševanja umrljivosti in obolelosti med osebami, vključenimi v MP. Nizko število odgovorov nakazuje na neprepoznavanje preventivnega pomena vzdrževalnega programa na metadonu.

7.4.10 Stališče anketiranih oseb do metadonske ambulante v prostorih Zdravstvenega doma Koper

Na vprašanje št. 12: »Kakšno je Vaše stališče do CPZOPD-ja v prostorih Zdravstvenega doma,« so anketiranci odgovarjali na več vprašanj, ki so ponujala možnost merjenja izbire na

petstopenjski lestvici. Vprašani izbirali tako, da so obkrožili številko, ki je bila najbližja njihovem odgovoru. Odgovori so dodatno označeni še s črkami.

Vprašanje 12/a: »me sploh ne moti« (1) do »me zelo moti« (5).

Vprašanje 12/b: »nikakor ne bi delal v CPZOPD-ju« (1) do »rad bi delal v CPZOPD-ju« (5).

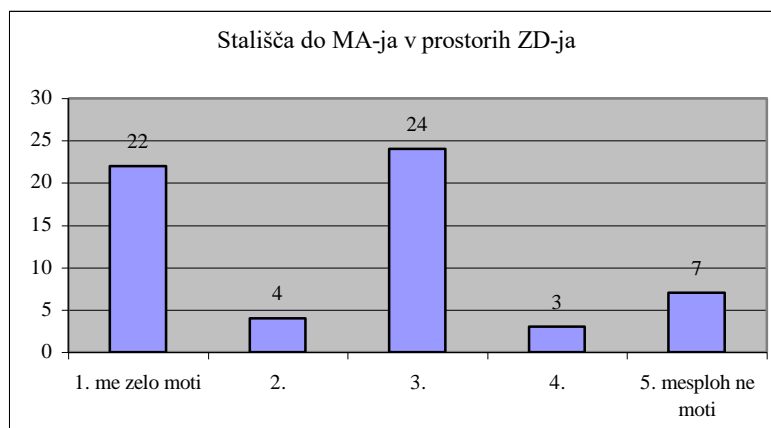
Vprašanje 12/d: »se je ne bojim« (1) do »se je bojim« (5).

Vprašanje 12/e: »nepotrebna« (1) do »nujno potrebna« (5).

Rezultati so prikazani v preglednicah št. 11., št. 12., št. 13., št. 14. in št. 15., ter z grafi 8/a, 8/b, 8/c, 8/d, 8/e.

Vprašanje 12/a: odgovor št.1 »me sploh ne moti« do odgovora št. 5 »me zelo moti«

Graf 8/a. Stališča zaposlenih do MA-ja v prostorih ZD-ja



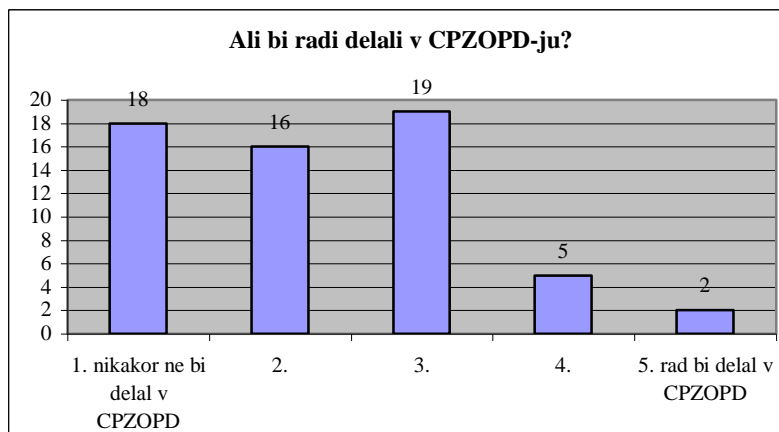
Preglednica 11. Ali Vas moti MA v prostorih ZD-ja?

Ali Vas moti MA v prostorih ZD-ja	frekvenca	rel. frekvenca
1. me zelo moti	22	35%
2.	4	8%
3.	24	41%
4.	3	3%
5. me sploh ne moti	7	13%
Skupaj	60	100%

Na vprašanje, ali bi jih matadonska ambulanta motila v prostorih Zdravstvenega doma Koper, je največ anketirancev obkrožilo številko 3 (39%), da jih zelo moti pa 37%, kar je veliko. Da jih sploh ne moti odgovori 12%, številko 2 izbere 7% in 4 izbere najmanjše število anketiranih 5%.

Vprašanje 12/b: št.1 »nikakor ne bi delal v CPZOPD-ju« do št.5 »rad bi delal v CPZOPD-ju«

Graf št. 8/b. Ali bi radi delali v CPZOPD-ju?

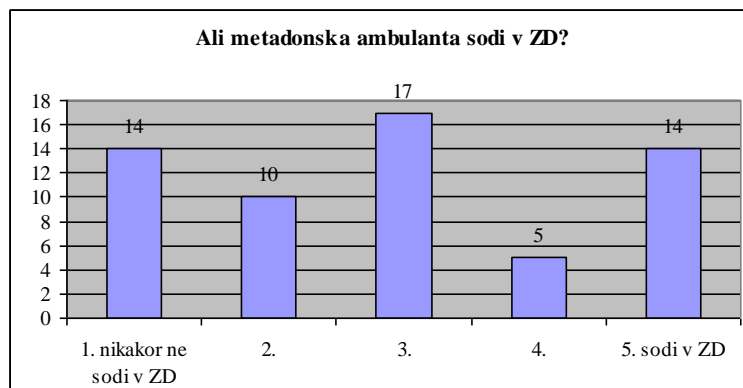


Preglednica 12: Ali bi radi delali v CPZOPD-ju?

Ali bi radi delali v CPZOPD-ju	frekvenca	rel. frekvenca
1. nikakor ne bi delal v CPZOPD-ju	18	30%
2.	16	27%
3.	19	32%
4.	5	8%
5. rad bi delal v CPZOPD-ju	2	3%
Skupaj	60	100%

Iz preglednice št. 12 lahko razberemo, da je največji delež tistih, ki niso imeli izdelanega mnenja (32%). Iz grafa 8/b pa je razvidno, da večina anketiranih ne bi želela delati v MA (1in 2) 57%.

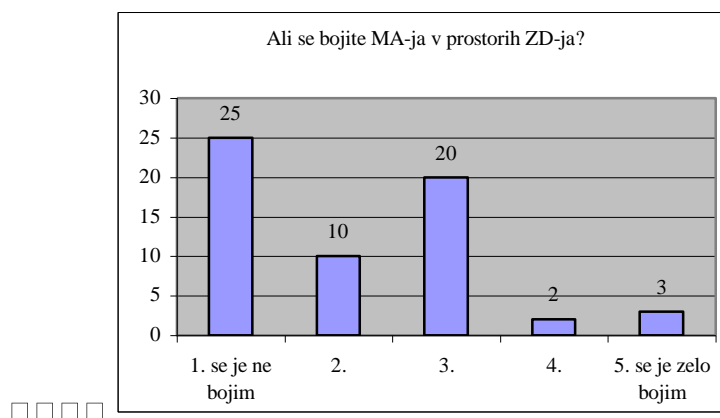
Vprašanje 12/c: Ali metadonska ambulanta sodi v ZD Koper? Možni so odgovori od št.1 - »nikakor ne sodi v ZD« do št.5 - »sodi v ZD Koper«. To je prikazano v grafu 8/c in nakazuje stališče o metadonski ambulanti.

Graf 8/c. Ali metadonska ambulanta sodi v ZD?**Preglednica 13. Ali metadonska ambulanta sodi v ZD?**

Ali metadonska ambulanta sodi v ZD	frekvenca	rel. frekvenca
1. nikakor ne sodi v ZD	14	23%
2.	10	17%
3.	17	29%
4.	5	8%
5. sodi v ZD	14	23%
Skupaj	60	100%

Največ, 29% anketiranih, je obkrožilo številko 3. Zanimiva je polarizacija istega števila anketiranih v smeri ne sodi v ZD – kar 23% in v smeri sodi v ZD 23%.

Vprašanje št. 12/d: Stališča anketiranih oseb glede na to, ali se bojijo metadonske ambulante v Zdravstvenem domu

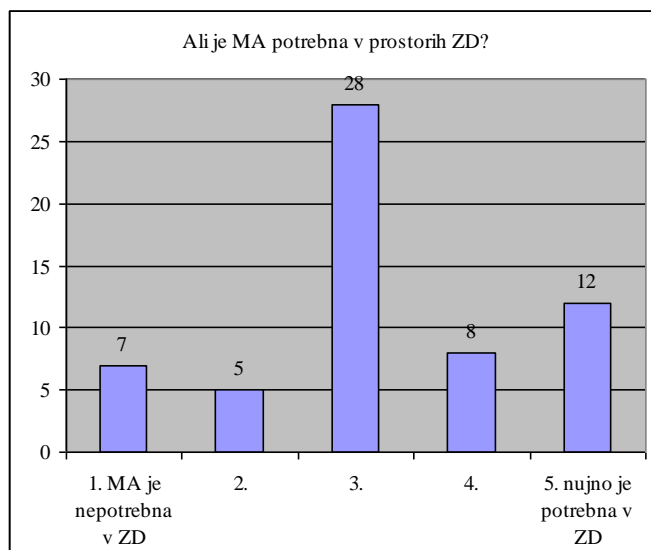
Graf 8/d: Ali se vprašani bojijo MA-ja v prostorih ZD-ja?

Preglednica 14. Ali se anketiranci bojijo MA-ja v prostorih ZD-ja?

Ali se bojite MA-ja v prostorih ZD-ja?	frekvenca	rel. frekvenca
1. se je ne bojim	25	42%
2.	10	17%
3.	20	33%
4.	2	3%
5. se je zelo bojim	3	5%
Skupaj	60	100%

Iz preglednice 7 in grafa 8/d je razvidno, da se anketiranci v večini ne bojijo MA-ja v ZD-ju. Največ odgovorov je bilo namreč »nič se ne bojim (1 in 2). Razlika med obema skrajnima možnostma je vidna. V prikazu je jasno razločno, da bi 5% anketirancev bilo strah (se je boji), v kolikor bi bila MA v prostorih ZD-ja, 42% pa jih glede tega ne bi občutilo strahu.

Vprašanje št. 12/e: Stališča anketirancev glede potrebnosti MA-ja v okviru (prostorih) Zdravstvenega doma

Graf 8/e: Mnenje anketiranih o potrebnosti MA v ZD-ju

Preglednica 15. Ali je MA potreben v Zdravstvenem domu Koper?

Ali je potreben MA v prostorih ZD Koper?	frekvenca	rel. frekvenca
1. MA je nepotrebna v ZD	7	12%
2.	5	8%
3.	28	47%
4.	8	13%
5. nujno je potrebna v ZD	12	20%
Skupaj	60	100%

Glede tega, ali je metadonska ambulanta potrebna, jih kar 47% ni imelo izdelanega jasnega stališča, saj so obkrožili odgovor št. 3. Med ostalimi anketiranci pa (33%) je prevladovalo mnenje, da je MA v ZD-ju potrebna.

Vprašanje št. 13. anketirane sprašuje po odnosu do zasvojenca.

Svoj odnos ocenjujejo z oceno o nevarnosti o nevarnosti zasvojene osebe. Ocenijo tudi željo, da zasvojena oseba postane njen ali njegov pacient, pa tudi pripravljenost, da dajo odpoved, če bi bili premeščeni na dela in naloge v MA-ju.

Vprašanje 13/a : Anketirane osebe ocenijo nevarnost ob delu z zasvojeno osebo.

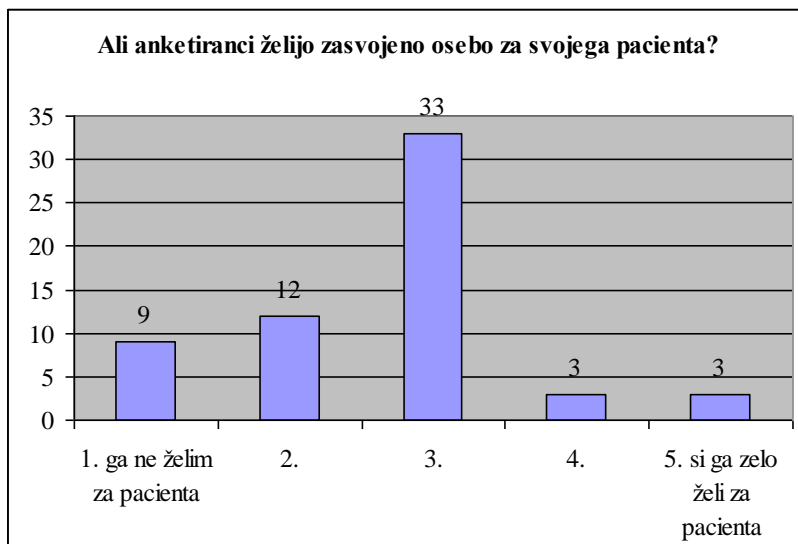
Graf št. 9/a. Ali so Vam osebno odvisne osebe nevarne?

Preglednica 16. Nevarnost, ki jo po oceni anketiranih, predstavljajo zasvojene osebe

Ali je zasvojenec nevaren Vam osebno?	frekvenca	rel. frekvenca
1. nikakor ni nevaren	9	15%
2.	14	23%
3.	22	37%
4.	4	7%
5. je nevaren meni osebno	11	18%
Skupaj	60	100%

Iz preglednice št. 16 je razvidno, kako so anketirane osebe ocenile nevarnost, ki jo po njihovem mnenju predstavljajo zasvojene osebe. Tudi pri tem vprašanju je bil delež tistih, ki nimajo jasnega mnenja oziroma odgovora na vprašanje 37%. Da uporabniki drog zanje ne predstavljajo grožnje oziroma jim niso nevarni, je menilo 38% (odgovori 1 in 2). Razmeroma visok 25% (odgovori 4 in 5) pa je bil tudi delež tistih, ki menijo, da so uporabniki metadonskega programa nevarni in se zato počutijo ogrožene oz. bi se, če bi bila MA v Zdravstvenem domu Koper.

Vprašanje 13/b: Ali anketiranci želijo uporabnika drog kot svojega pacienta?

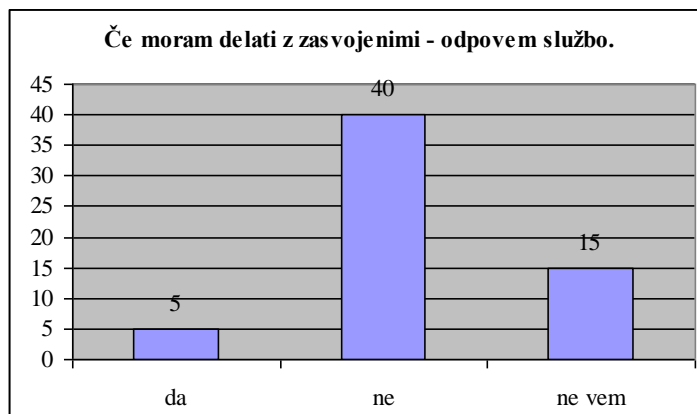
Graf 9/b. Ali želite zasvojeno osebo za pacienta?

Preglednica 17. Ali anketiranci želijo zasvojene osebe za svoje paciente?

Ali anketiranci želijo zasvojeno osebo za pacienta?	frekvenca	rel. frekvenca
1. ga ne želim za pacienta	9	15%
2.	12	20%
3.	33	55%
4.	3	5%
5. si ga zelo želi za pacienta	3	5%
Skupaj	60	100%

Pri tem odgovoru, največ 55%, na vprašanje, ali bi sprejeli osebo, ki išče pomoč zaradi zasvojenosti z nedovoljenimi drogami, za svojega pacienta, izbere št. 3. 35% (odgovor 1 in 2) pa jih je navedlo, da si zasvojene osebe ne želijo in samo 10% (odgovor 4 in 5) bi želelo zasvojeno osebo za svojega pacienta.

Vprašanje 13/c: V kolikor bi bil razporejen na delovno mesto, kjer bi moral delati z uporabniki drog, bi dal odpoved oz. bi prekinil delovno razmerje. Na to vprašanje so anketirani imeli možnost izbire, in sicer: »da«, »ne« in »ne vem«.

Graf 9/c. Če dobite delo v CPZOPD-ju ali odpoveste službo?**Preglednica 18. Kako bi zaposleni izbrali, če bi bili razporejeni na dela in naloge v CPZOPD-ju?**

Če dobim delo z zasvojenimi osebami z PAS - odpovem službo.	frekvenca	rel. frekvenca
da	5	8%
ne	40	67%
ne vem	15	25%
Skupaj	60	100%

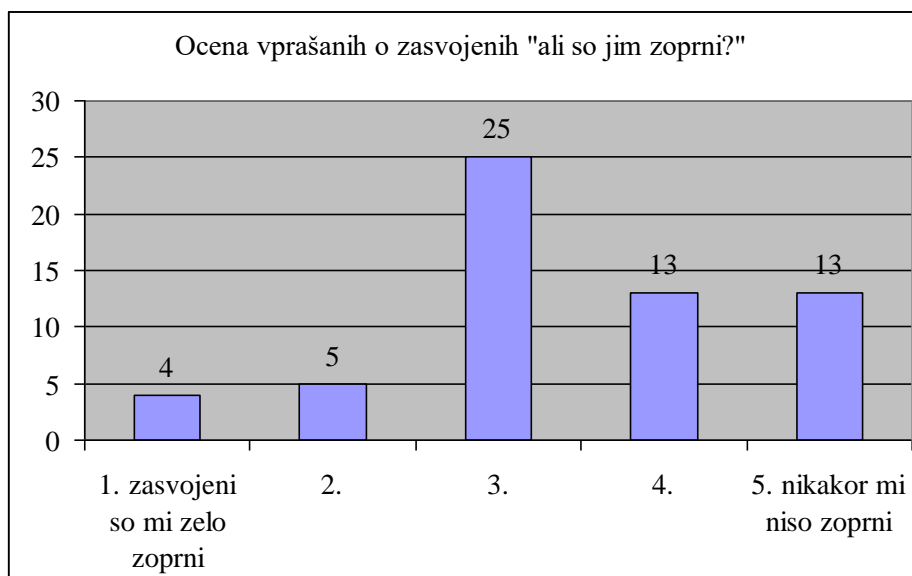
Na vprašanje, ali bi v primeru, da bi moral delati z zasvojenimi uporabniki drog, prekinil delovno razmerje, je večina odgovorila negativno. Tako jih 67%, v primeru, da bi moralo delati z zasvojenimi z nedovoljenimi drogami, ne bi prekinilo delovnega razmerja. 8% pa bi v takem primeru prekinilo delovno razmerje, 25% pa je ostalo neopredeljenih.

Vprašanje 13/d se nanaša na odnos anketiranih oseb do zasvojecev.

Preglednica 19. Ocenitev odnosa med zdravstvenim delavcem na eni in uporabnikom drog na drugi strani skozi oceno ali so mi: zoprni, moteči...

Ocena vprašanih o zasvojenih ali so jim zoprni	frekvenca	rel. frekvenca
1. zasvojeni so mi zelo zoprni	4	7%
2.	5	8%
3.	25	41%
4.	13	22%
5. nikakor mi niso zoprni	13	22%
Skupaj	60	100%

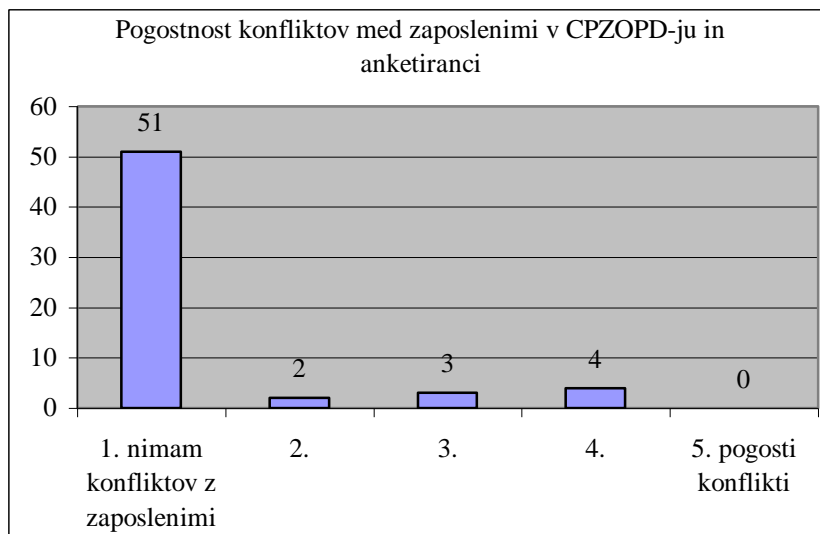
Graf 9/d. Ali so Vam zasvojene osebe zoprne?



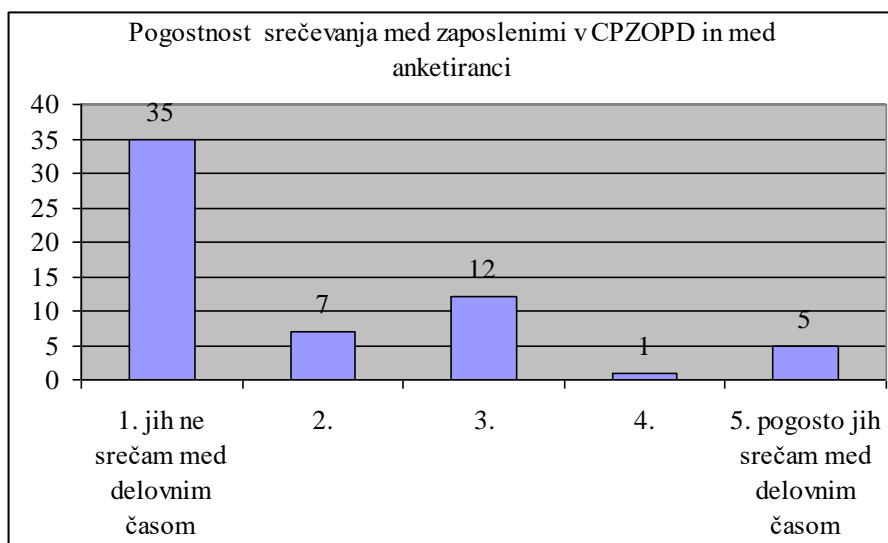
Na vprašanje, ali so jim zasvojenici zoprni oziroma zanje moteči, kot osebe, so anketirane osebe v večini 44% odgovorili, da jim niso zoprni (4 in 5). Za št. 3 se odloči 41%, veliko manj 15% jih trdi, da so jim zasvojenici zoprni (1 in 2). Od skrajnih možnosti krepko prevladuje stališče, da zasvojene osebe nikakor niso zoprne ali moteče (št. 4 in 5 skupaj 44%, št. 1 in 2 skupaj 15%).

7.4.11 Kakšen je Vaš odnos do delavcev v CPZOPD-ju?

Vprašanje 14/a in 14/b: Odnos med anketiranci in zaposlenimi v metadonski ambulanti glede na konflikte z delavci, na pogostnost osebnih stikov ter pogostnost kontakta po telefonu, je prikazan v grafu 10, grafu 11 in grafu 12.

Graf št.10. Pogostnost konfliktov med zaposlenimi v CPZOPD-ju in anketiranci**Preglednica 20: Pogostnost konfliktov med zaposlenimi v CPZOPD-ju in anketiranci**

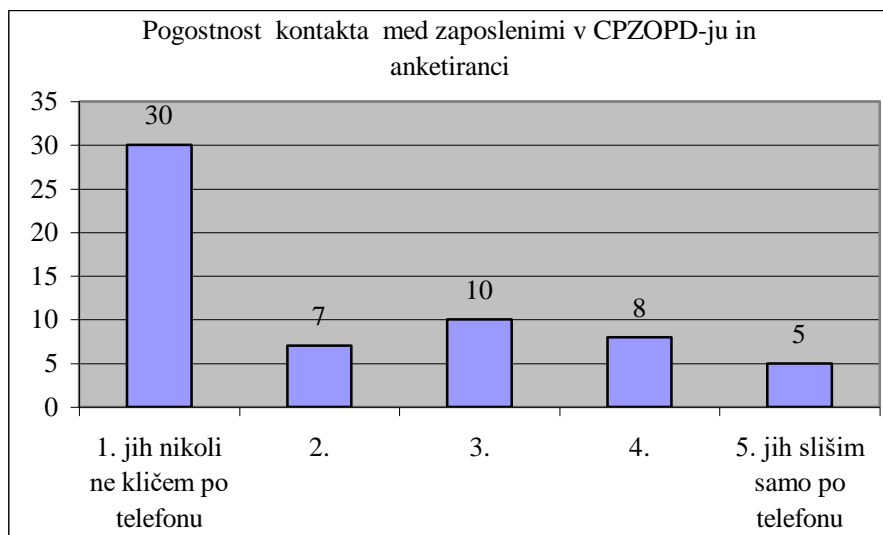
Pogostnost konfliktov med zaposlenimi v CPZOPD-ju in anketiranci	frekvenca	rel. frekvenca
1. nimam konfliktov z zaposlenimi	51	85%
2.	2	3%
3.	3	5%
4.	4	7%
5. pogosti konflikti	0	0%
Skupaj	60	100%

Graf št.11. Pogostnost srečevanja med zaposlenimi v CPZOPD-ju in anketiranci

Preglednica 21: Pogostnost srečevanja zaposlenih v CPZOPD-ju in vprašanih v teku delovnega časa

Pogostnost srečevanja med zaposlenimi v CPZOPD-ju in anketiranci	frekvenca	rel. frekvenca
1. jih ne srečam med delovnim časom	35	58%
2.	7	12%
3.	12	20%
4.	1	2%
5. pogosto jih srečam med delovnim časom	5	8%
Skupaj	60	100%

Na vprašanje 14/c kako pogosto kontaktirate zaposlene v MA-ju po telefonu, je večina odgovorila, da takih stikov nima.

Graf 12. Pogostnost kontakta med zaposlenimi v CPZOPD-ju in anketiranci

Posebno skupino med anketiranci predstavljajo ljudje, ki ne opravljajo dežurstva, zato konflikte z uporabniki drog, kolikor do teh pride, sami uredijo. Polovica (odgovori št. 2,3,4 in 5) anketirancev je navedla, da imajo z zaposlenimi v MA-ju le telefonske kontakte. Razlog za to vrsto stikov je lahko v oddaljenosti MA-ja (CPZOPD-ja) od njihovih delovnih mest. Telefonski stik pa je običajen tudi v primerih, ko gre za dogovarjanje o terapiji tistih uporabnikov, ki prejemajo metadonsko terapijo v Zdravstvenem domu Koper.

8 RAZPRAVA

Več kot polovica anketiranih oseb se pogosteje srečuje z uporabniki, in sicer v času opravljanja dežurne službe enkrat tedensko (glej graf 4), kar pomeni le redko. Kljub temu, da je vprašanje drog zelo marginalizirano vprašanje, in so tako v splošni kot tudi strokovni javnosti prisotni številni stereotipi in predsodki, so nas odgovori na vprašanje št. 10, presenetili. Posebej zato, ker so bili naši anketiranci zdravstveni delavci. Rezultati so prikazani v grafu 6 in v preglednici 9. Razloge, da se večina anketiranih ne strinja s tem, da je cilj metadonskega programa (MP) doseganje abstinence, lahko iščemo v tem:

- da anketiranci (pa tudi druge javnosti) ne poznajo programa, ki je lahko povezan s tem;
- da je dejavnost CPZOPD-ja nezadostno oz. neustrezno predstavljena;
- da nadomestno zdravljenje predstavlja relativno novo doktrino v obravnavi zasvojenosti;
- da se utemeljuje na drugačnih izhodiščih od prevladujočega mnenja o pojavu drog ter s tem o prevladujočih predstavah o ustreznem načinu obravnave oz. zdravljenja.

Z opredelitvijo, da je odvisnost slabost volje, so odvisni bili zaznamovani kot osebnosti s šibko voljo. To dejstvo prav tako opozarja na brezupnost zdravljenja in prisotnost predsodkov.

Stališča in odpori so povezani z odporom do programov zmanjševanju škode (ZŠ). Zmanjševanje škode namreč predstavlja nov primer na področju sprejemanja in obravnave pojava drog in zasvojenosti. Od prevladujoče se razlikuje v sledečih postavkah:

- spremembe na področju terapije in preprečevanja,
- program ZŠ ocenjuje kot uspeh vse spremembe v smeri zmanjševanja tveganj oziroma kontrolirano uživanje drog,
- uvaja službe, ki so na voljo uživalcem, pojem nizkega praga pomeni večjo dostopnost in pomoč, ki je ne pogojuje z zahtevo po abstinenci,
- da imajo uživalci drog pravico do človeka vrednih zdravstvenih in socialnih življenjskih razmer.

Presenetljivo visok delež pritrdilnih odgovorov smo zasledili pri vprašanju št.11/d. (glej graf 7/d), ki opredelijo mnenje do zamenjave ene droge za drugo kot cilja metadonskega programa (MP). Med cilji metadonskega vzdrževanja se enako število anketiranih (rezultati so prikazani v grafu 7/c) opredeli za zmanjševanje kriminalitete povezane z drogo. Na zadnje mesto (glej graf 7/b), so postavili kot možni cilj zmanjšano umrljivost in obolelost, kar nakazuje na neprepoznavanje preventivnega pomena vzdrževalnega programa na metadonu. Rečemo lahko, da se videnja ciljev metadonskega programa pri strokovnih delavcih v zdravstveni negi prekrivajo z videnjem metadonskega programa splošne laične javnosti, v kateri MP ni sprejet kot program, namenjen pomoči oziroma zdravljenju odvisnosti, in ima negativno podobo v javnosti.

Eden od namenov MP-ja je povečanje števila v programe vključenih uporabnikov drog ter doseganje skrite skupine uporabnikov. Skrita skupina so tisti uporabniki drog, ki ni v stiku z nobenim drugim programom pomoči. Prikaz števila (IVZ) vključenih uporabnikov kaže na to, da se je število evidentiranih uporabnikov drog po uvedbi MP-ja, bistveno zvišalo. Stik s programom pomeni možnost informiranja ter možnost zdravstvene obravnave, kar pomembno prispeva k osveščenosti in posledično k zmanjševanju obolelosti ter umrljivosti med to skupino oseb.

Na vprašanje št. 12/a, ali bi jih metadonska ambulanta motila v prostorih Zdravstvenega doma Koper, je največ anketirancev obkrožilo številko 3 (39%), kar zelo verjetno pomeni nevednost ali brezbržnost; da jih zelo moti je odgovorilo 37%, kar je veliko, če se spomnimo na zelo majhno število stikov anketiranih in odvisnih uporabnikov. Da jih sploh ne moti je odgovorilo 12%, številko 2 je izbralo 7%, in 4 je izbralo najmanjše število anketiranih, to je 5%. Anketirane osebe so se razdelile v dve skupini, kar je razvidno iz grafa št. 8/a, od brezbržnosti do nesprejemanja metadonske ambulante v bližini oziroma v isti stavbi. Za ugotovitev vzrokov bi bilo potrebno postaviti dodatna vprašanja. Anketiranci so se lahko pri odgovorih orientirali po lastnih negativnih izkušnjah v stiku z uporabniki drog, po javnem mnenju ali na podlagi znanj, ki so jih imeli s tega področja.

Kako so na vprašanje, ali metadonska ambulanta sodi v Zdravstveni dom Koper, odgovorili anketiranci, je razvidno v preglednici 13. Graf 8/c prikazuje zanimivo polarizacijo istega števila anketiranih v smeri odgovorov, da ne sodi ambulanta v ZD in obratno. Iz polarizacije lahko sklepamo na prisotnost dvomov, ali je metadonski program sploh zdravstveni program oziroma ali pri metadonski terapiji gre za zdravljenje ali ne.

Na vprašanje 13/b, ali bi sprejeli osebo, ki išče pomoč zaradi zasvojenosti z nedovoljenimi drogami za svojega pacienta se je izjemno visoko število vprašanih neopredelilo (glej preglednico 12). Večje število oseb je navedlo, da si zasvojene osebe ne želijo, le izredno majhen del vprašanih bi želelo imeti zasvojeno osebo za svojega pacienta (graf 8/b).

Vprašani, v primeru, da bi morali delati z zasvojenimi uporabniki drog, ne bi prekinili delovnega razmerja, kar je razvidno iz grafa 9/c. Manj kot polovica vprašanih ne ve oziroma bi kar dala odpoved, če bi bili razporejeni na dela in naloge v metadonski ambulanti (glej preglednico 18). Razlage za take odgovore je moč iskati v dveh smereh:

1. Vprašani so izrazili stališče, da ne bi odpovedali službe, če bi morali delati z zasvojenci. To pokaže, da so vprašani morda pripravljeni sprejeti odvisne osebe zaradi njih samih, zaradi etičnih načel, ali pa se jim ne zdi vredno izpostavljati se zaradi posameznih primerov, s katerimi bi lahko opravili z boljšim poznavanjem posebnosti pri odvisnih oziroma zasvojenih osebah. Glede na to, da zdravstveni delavci nimajo velike težave z zaposlitvijo, je manj verjetno, da bi strah pred izgubo službe vplival na vrednost odgovora.

2. Prekinitev delovnega razmerja je povezana s številnimi spremembami. Kljub temu, da je povpraševanje po zdravstvenih delavcev razmeroma veliko, pomeni prekinitev delovnega razmerja, določeno tveganje. Ob tem je zamenjava službe povezana z odhodom iz znanega okolja, kolektiva. Pomeni torej izgubo dela znane socialne mreže kot tudi znanega okolja. Večina zaposlenih, ki smo jih vključili v vzorec, je imelo daljši delovni staž in sodilo v starostno skupino nad 35let, kar pomeni, da si je svoj položaj že zgradila, osvojila je tudi navade, povezane s svojim delovnim mestom in kolektivom.

V nadaljevanju se kažejo trendi, ki izražajo nenaklonjen odnos do uporabnikov drog, vključenih v vzdrževalni metadonski program, z nekaterimi pomembnimi ugotovitvami:

- izrazito velika skupina je mnenja, da je MA potrebna, čeprav ne v prostorih ZD-ja (graf 8/e ter preglednica 15), potrebno bi bilo razmisliti o drugih alternativah,
- čeprav ne želijo delati v MA (graf 9/b in preglednica 17), zaradi tega ne bi odpovedali službe, kar je razvidno iz preglednice 19 in grafa 9/c,
- zaposleni se ne bojijo uporabnikov drog (graf 8/d in preglednica 14), kar mogoče predstavlja v prihodnosti izboljšanje možnosti za pozitivne spremembe v odnosu med njimi,

- večina vprašanih meni, da jim delo z uporabniki drog ni nevarno (graf 9/a), istočasno pa si uporabnike drog ne želijo za svoje paciente (graf 9/b).

Vzpodbudna ugotovitev je, da večini uporabniki drog niso zoprni, kar je jasno prikazano v grafu 9/d. Visok odstotek (glej preglednico 19) neodločenih pa morda pomeni, da odvisnike poznajo predvsem na daljavo in nimajo izkušenj z njimi, ko jih srečujejo, se ne zmenijo zanje.

Po odgovorih sodeč, se naši anketiranci, osebno le redko srečujejo z izvajalci programa CPZOPD-ja (glej preglednico 21). Razlog temu je moč iskati v oddaljenosti lokacije ZD-ja in CPZOPD-ja. Drugi razlog je morda v tem, da sodelovanje pri obravnavi uporabnikov ni potrebno, zato ni razloga za osebne in druge stike, namenjene na primer izmenjavi informacij ali načrtovanju obravnav. Razlog, da med zaposlenimi v Zdravstvenem domu Koper in zaposlenimi v CPZOPD-ju ni neformalnih oz. družabnih stikov (nap. v času malice ali po službi), pa je tudi moč iskati v oddaljenosti lokacije. Največ 45% jih je oddaljenih manj kot 1000m, tako da ni možnosti za vsakodnevno srečanje in vzpostavljanje odnosov (glej preglednico 6). Anketiranci so navedli, da se z izvajalci programa CPZOPD-ja srečujejo le občasno.

Dejstvo je, da je predpogoj tako za (dober) odnos kot za konflikte bližina oz. kontakt. V kolikor bližine ali kontakta ni, je razumljivo, da ni komunikacije in konfliktov. Podobne razloge lahko iščemo tudi za to, da je 85% anketirancev navedlo, da z izvajalci CPZOPD-ja niso oz. ne prihajajo v konflikte (graf 10).

Ocena odnosa anketiranih in zaposlenih v CPZOPD-ju je vzpodbudna, saj je pozitiven odnos korak k sprejemanju njihovega dela in korak do uporabnikov.

Hipoteza je v celoti potrjena, saj imajo zaposleni v zdravstveni negi ZD-ja Koper predsodke do uporabnikov drog, vključenih v metadonski program. Verjetno zato, ker se z njimi srečujejo predvsem v času dežurstev in ker z njimi nimajo izkušenj. Ko jih srečujejo, nimajo časa niti želje do razgovorov. Poznavanje doktrine dela v metadonskih ambulantah ter odvisnosti kot kronične bolezni je pomanjkljivo, in verjetno od tod izvirajo tudi vzroki zgoraj navedenih dejstev.

ZAKLJUČEK

Namen naloge je bil preveriti v raziskovalnem predlogu zastavljeno hipotezo, s katero smo predpostavili obstoj predsodkov in z njimi povezano nestrpnostjo pri zaposlenih v zdravstveni negi v odnosu do uporabnikov nedovoljenih drog, vključenih v nadomestno metadonsko terapijo.

Pri analizi zbranih podatkov se je izkazalo, da so bili anketiranci v veliki meri neodločeni, zaradi česar je moč sklepati, da nimajo jasnih predstav in izdelanih stališč do pojava drog in negativnih posledic, ki so z njim neposredno ali posredno povezane. V njihovih odgovorih so bili prisotni predsodki, pomanjkanje lastnih jasnih stališč in mnenj o uporabi drog. Izkazalo se je namreč, da tudi zdravstveni delavci nimajo svojih jasnih stališč oziroma mnenja o uporabnikih drog.

Iz odgovorov dela anketirancev je razvidno, da z uporabniki drog ne želijo imeti opravka in to kljub temu, da se zavedajo nujnosti po izvajanju programa Centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. So tudi proti temu, da bi takšna ambulanta delovala v prostorih, v katerih sami službujejo. Kljub temu v ZD-ju Koper ne gojijo izrazitega odpora. Uporabnikov drog se zaposleni v zdravstveni negi ne bojijo in ocenjujejo vzdrževalni metadonski program kot potreben.

V raziskavi je bilo ugotovljeno tudi odklonilno stališče do drugačnosti/drugačnih, kar je v nasprotju z načelom etičnega kodeksa, ki pravi, da mora medicinska sestra pri svojem delu spoštovati individualne potrebe in vrednote varovanca.

Glede na zanimanje in odziv na anketo med anketiranci, bi lahko pričakovali konstruktiven razgovor med zaposlenimi v zdravstveni negi in zaposlenimi v metadonski ambulanti. Namen tega pogovora bi bil reševanje problema v dobro obeh strani: CPZOPD-ja in njenih uporabnikov ter zaposlenih v zdravstvenem domu oziroma v zdravstveni negi (predvsem tistih, ki se večkrat srečujejo z uporabniki drog v času dežurstva).

Menim, da bi zaposleni v zdravstveni negi potrebovali informiranje o ljudeh, odvisnih ali zasvojenih od prepovedanih snovi. V obliki delavnic bi jim najlažje približali uporabnika drog, kot pacienta. Zasvojene uporabnike bi predstavili kot osebe, ki potrebujejo pomoč. Spoznavanje in učenje o posebnostih, ki jim nedvomno odvisni uporabnik drog kot bolnik ima, bi zmanjšalo odpor ter predsodke, ki so jih ti ljudje neupravičeno deležni.

PRILOGA

Javna zdravstvena služba

Mreža centrov za preprečevanje in

zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

TERAPEVTSKI DOGOVOR

o vključitvi v program zdravljenja z metadonom

med terapevtskim osebjem Centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljevanju Center)..... in gospo/gospodom.....

Prostovoljno se vključujem v program zdravljenja z metadonom v tukajšnjem Centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Pred začetkom zdravljenja z metadonom in ob podpisu tega dogovora so mi terapevti predstavili tudi vse druge smiselne možnosti mojega zdravljenja in me seznani s prednostmi in stranskimi učinki zdravljenja z metadonom, ter pravili tovrstnega zdravljenja.

Imam pravico do izbire svojega terapevta in dolžnost, da skupaj z njim sodelujem pri načrtovanju svojega zdravljenja, vključno z višino odmerka metadona in da najmanj enkrat v treh mesecih

skupaj s terapevtom pregledava moj napredek v zdravljenju ter določiva terapevtske cilje. Ker zdravljenje z metadonom ni le predpisovanje in pitje tega zdravila, imam možnost, da se vključujem tudi v različne psihosocialne terapije v Centru ali izven njega. Ker je metadon zdravilo z močnim psihoaktivnim učinkom in je njegova napačna uporaba oz. zloraba lahko smrtno nevarna, bom upošteval(a) sledeče:

1. Seznanjen(a) sem s pogoji za vstop v program zdravljenja z metadonom v Republiki Sloveniji (najmanj eno leto trajajoča odvisnost od opiatov, vsaj en zdravstveno preverjen neuspešen

poskus opustitve opiatov - detoksikacija, trenutna telesna odvisnost, praviloma polnoletnost, urejeno zdravstveno zavarovanje, izbrani zdravnik). Pojasnjeni so mi bil tudi morebitni razlogi, zaradi katerih sem v program sprejet(a) kljub temu, da v celoti ne izpolnjujem pogojev.

2. Obvezujem se, da se bom spoštljivo vedel(la) do drugih pacientov in terapevtov in takšno vedenje pričakujem tudi od njih, ter se držal(a) vseh terapevtskih dogovorov in navodil glede jemanja vseh zdravil, vključno z metadonom.

3. Ob vstopu v program prostovoljno pristajam na zdravniški pregled in na ustrezne preiskave krvi in urina, katerih namen mi bo zdravnik pojasnil. Upošteval(a) bom zdravnikova navodila v zvezi z zdravljenjem in tudi kasneje dovolil(a) preglede, preiskave in/ali terapevtske ukrepe, za katere se bom dogovoril(a) s člani terapevtskega tima. * Pristajam na odvzem urina na prisotnost psihoaktivnih snovi po urniku in na način, ki mi ga predstavi terapevt. Imam pravico izvedeti rezultate vseh pregledov in biti cepljen(a) proti hepatitisu B.

4. Metadon bom jemal(a) le v skladu z navodili terapevtov. Po metadon bom prihajal(a) po umiku, ki ga določa Center-prve tri mesece vsakodnevno. V kolikor sem zaposlen(a) ali se šolam, naj mi bo omogočeno, da lahko metadon prejmem izven delovnega časa oz. šolskega

urnika. Spil(a) ga bom pred zdravstvenim delavcem in se v okolici Centra ne bom zadrževal(a). Metadona ne dobim, če sem pod vplivom alkohola, prepovedanih drog ali psihoaktivnih zdravil, ki mi jih ni predpisal zdravnik. Metadon za domov dobim le, če imam pri sebi veljavno metadonsko izkaznico.

5. Metadon za domov dobim v posebni plastični steklenički in jo prazno vrnem vsakič, ko dobim metadon za domov. Raztopina metadona za domov je razredčena z gostim sadnim sokom in ni primerna za intravensko rabo. Hranim jo na mestu, ki otrokom ni dostopno. Za že izdani metadon nimam pravice do nadomestila.

6. Zdravnik me je seznanil, da ima jemanje metadona tudi stranske učinke, zato s polno odgovornostjo prevzemam nase vse morebitne posledice zaradi jemanja metadona. Seznanim(a) sem tudi, da je upravljanje vozila pod vplivom metadona kaznivo.

7. Iz programa bom brez pridržkov IZKLJUČEN(A) v primeru nasilnosti v Centru in okolici, v primerih kraje ali prodaje metadona, uživanja ali preprodaje drog v Centru in bližnji okolici, če opustim pitje metadona več kot tri dni ali če kako drugače grobo kršim ta dogovor.

8. Za UGODNOSTI se lahko potegujem s pisno prošnjo timu Centra in soglasjem terapevta praviloma po treh mesecih: če zadnji mesec dokazano nisem jemal(a) drugih psihoaktivnih snovi in sem to dokazoval(a) z urinskimi testi, če prejemam manj kot 150 mg (15ml) metadona dnevno, če je moje sodelovanje v metadonskem programu primerno in sem se tudi sicer v telesnem, psihičnem in socialnem smislu stabiliziral(a). Kljub temu, da izpolnjujem pogoje, mi lahko osebje terapevtskega tima Centra odkloni ali ukine ugodnosti.

9. Ugodnosti glede pitja metadona vključujejo tudi prejem metadona za domov:

3-krat tedensko med 3. in 6. mesecem

2-krat tedensko med 6. in 12. mesecem

1-krat tedensko po enem letu in

za 10 dni ob letnem dopustu, ob pogoju, da so kontrole urina negativne. Za vsako novo ugodnost se prijavim s pisno prošnjo. Tudi če želim ugodnosti pridobiti za čas počitnic ali želim metadon začasno prejemati v drugem kraju, se moram v dogovoru s terapevtom s pisno prošnjo obriti na terapevtski tim najmanj 10 dni pred želenimi ugodnostmi. Ugodnosti se mi zmanjšajo oz. jih izgubim, če drogo ponovno vzamem ali kako drugače kršim terapevtski dogovor. Vsak, na droge pozitiven urinski izvid pomeni ponovno pitje metadona vsak dan in ponovno pisno prijavo za ugodnosti po zgoraj navedenih pogojih in vrstnem redu.

10. Od terapevtov Centra zahtevam varovanje podatkov o zdravljenju, ki jih sme zdravnik Centra posredovati drugim osebam le z mojim privoljenjem. Izjema je poročanje o zdravljenju z metadonom zdravnikom ali drugim pravnim osebam takrat, ko gre za ogrožanje lastnega zdravja in življenja drugih v času zdravljenja z metadonom. V kolikor nimam izbranega zdravnika (svojega splošnega, družinskega ali šolskega zdravnika), si bom tega ob začetku zdravljenja izbral. Tudi jaz se zavežujem, da ne bom javno iznašal(a) podatkov o zdravljenju in o osebah, ki so obravnavane v Centru.

11. Pravico imam, da pri mojem zdravljenju sodelujejo svojci:

Ime in priimek svojca:.....

VPRAŠALNIK
Navodila za izpolnjevanje

Odgovarjajte tako, da obkrožite črko pred odgovorom, ki se Vam zdi najustreznejši. Prosim, da ne izpustite nobenega vprašanja !

1. Katerega spola ste?

- a. moški
- b. ženski

2. Koliko ste stari?

.....let

3. Vaša izobrazba je :

- a. srednja šola
- b. višja šola
- c. visoka šola/ univerzitetna
- d. specializacija
- e. magisterij ali doktorat znanosti

4. Ali imate otroke?

- a. da
- b. ne

5. Kje živite ?

- a. na vasi
- b. v manjšem mestu
- c. v večjem mestu

6. Ali ste zadovoljni s svojim delom ?

nisem					povsem sem zadovoljen
1	2	3	4	5	

7. Kje poteka pretežni del Vašega delovnega časa?

- a. v neposredni bližini metadonske ambulante (v nadaljevanju MA)
- b. v oddaljenosti več, kot 500m od MA
- c. v oddaljenosti več, kot 1000m od MA
- d. v oddaljenosti več, kot 1 km od MA

8. Kolikokrat se srečate z uporabniki Centra za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljevanju CPZOPD) Koper?

- 1. enkrat na teden
- 2. dvakrat na teden
- 3. trikrat na teden
- 4. štirikrat na teden in več

9. Koliko poznate delo v CPZOPD-ju Koper?

- 1. ne poznam
- 2. slabo poznam
- 3. razmeroma dobro
- 4. dobro
- 5. zelo dobro

10. Kako bi opredelili odvisnost? (odločite se za en odgovor)

- a. akutna , nenalezljiva, ozdravljiva bolezen
- b. razvada
- c. slabost volje
- d. kronična recidivantna bolezen

11. Kaj je po Vašem mnenju cilj metadonskega vzdrževanja? (obkrožite vse možne odgovore)

- a. abstinenca
- b. zmanjšana umrljivost in obolelost
- c. zmanjšanje kriminalitete povezane z drogo
- d. zamenjati eno drogo z drugo

Na to skupino vprašanj odgovoriti tako, da na petstopenjski lestvici obkrožite številko pod možnim odgovorom, ki je najbližji Vašemu stališču.

12. Kakšno je Vaše stališče do CPZOPD-ja v prostorih Zdravstvenega doma?

- | | | | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|---|--|--------------------------|
| A. me sploh ne moti | | | | | | me zelo moti |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| | | | | | | |
| B. nikakor ne bi delal v CPZOPD-ju | | | | | | rad bi delal v CPZOPD-ju |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| | | | | | | |
| C. ne sodi v Zdravstveni dom | | | | | | sodi v Zdravstveni dom |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| | | | | | | |
| D. se je ne bojim | | | | | | se je bojim |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| | | | | | | |
| E. nepotrebna | | | | | | nujno potrebna |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |

13. Kako ocenjujete svoj odnos do »povprečnega« zasvojenca?

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|--------------------------------------|
| A. nikakor mi ni nevaren meni osebno | | | | | | zasvojenec mi je nevaren meni osebno |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| | | | | | | |
| B. ga nikakor ne želim za svojega pacienta | | | | | | si ga zelo želim za svojega pacienta |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |

1. da
2. ne
3. ne vem

Kakšen je Vaš odnos do delavcev v CPZOPD-ju?

B. jih ne srečam med delovnim časom pogosto jih srečujem

1 2 3 4 5

C. jih nikoli ne kličem po telefonu

jih slišim samo po telefonu

1 2 3 4 5

SEZNAM KRATIC

CPZOPD CENTER ZA PREPREČEVANJE ODVISNOSTI OD PREPOVEDANIH DROG

1. MA Metadonska ambulanta
2. MP Metadonski program
3. MT Metadonska terapija
4. MS Medicinska sestra
5. VMP Vzdrževalni metadonski program
6. ZT Zdravstveni tehnik
7. ZD Zdravstveni dom
8. ZŠ Zmanjševanje škode

LITERATURA

1. Merca B. *Odvisnost družbeni problem včeraj, danes, jutri: Zbornik razprav. Washington 1995. Wasington: The American Psychological Assosiation, 1995.*
2. Bohak J. *Psihodinamika zasvojenost: Zbornik razprav. Maribor: Založba obzorje, 1995: 192-195.*
3. Bohinc M, Cibc D. *Teorija zdravstvene nege. Radovljica: Didaktika, 1995.*
4. Čebašek-Travnik Z. *Zdravljenje bolezni odvisnosti.*
<http://www.ustanova-odsevseslisi.si/o-odvisn-zdrav-cebasek.htm> <16. 3 1995>.
5. Hajdinjak G, Meglič R. *Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2006: 189 – 193.*
6. Kauzlarić I. *Zdravljenje zasvojenosti*
[http:// www.ilbis.com/droge/zdravljenje.htm](http://www.ilbis.com/droge/zdravljenje.htm) <16.3.1995>.
7. Jezernik A. *13. mednarodna konferenca o zmanjševanju škode zaradi uporabe drog. Ljubljana: maj, 2003.*
8. Jezernik A. *Članki Zasvojenost ali odvisnost?*
http://www.konoplja.org/Prosti_tek/Clanki/Clanki_zasvojenost_odvisnost.htmna
<12.12.2006>.
9. Kastelic A. *Zasvojenost.*
[http:// med.over.net/zasvojenost/faq_zasvojenost_vprodg.htm](http://med.over.net/zasvojenost/faq_zasvojenost_vprodg.htm) <12.12.2006>.
10. Kluckhohn & HA Murray (Eds). *Personality: in nature, society and culture*
http://educy.com/jmusek/Kurikuli/Psihologija_osebnosti/01%20Pojmovanja%20osebnosti.htm <12.12.2006>.
11. Krek M, Mišigoj-Krek J. *Nekatere moralno – etične dileme pri zdravljenju odvisnosti od ilegalnih drog. Ljubljana: Mednarodni razgledi, 1996: 35.*
12. Administrator. *Živeti odnose. Ljubljana: Slovenska Skupnost krščanskega življenja*
www.rkc.si/sskz/index.php?option=content&task=view&id=7&Itemid=37 - 17k
<08.04.2004>.
13. Nolimal D. *Razprava in soodločanje kot način dela, 2004 stalni korespondent RS v skupini Pampidou pri Svetu Evrope.*
14. Metka Debevc – Švagelj *Odnos zaposlenih v ZD Center do metadonske ambulante in njenih uporabnikov. Diplomaska naloga, 1998.*
15. Musek J. *Psihološke dimenzije osebnosti. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo, 1988 XII: 195.*
16. *Slovar Slovenskega književnega jezika, Ljubljana: Založba DZS, 1994.*

17. Ščuka V. *Neustavljiva sla po ugodju - ozadje dogajanja. Sreča brez zasvojenosti*, Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica, 2000: 8-13.
18. Ule, M. *Psihologija predsodkov*. Ljubljana, Znanstveno in publicistično središče, 1994: 101.
<http://psy.ff.uni-lj.si/iGuests/Obzorja/Vsebina1/Vol9-4/kumelj&turk.pdf>
<16.4.2006>.
19. Ule, M. *Temelji socialne psihologije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 1994.
20. Vrančič M. *Odvisnost v Evropi 2003. Problematika heroina s policijskega aspekta*.
<http://www.policija.si/si/uks/heroin.html> <14.4.2006>.
21. Ule M. *Temelji socialne psihologije*.
<http://baza.svarog.org/sociologija/druzbenaslojevitost/seksizem> <16.4.2006>.
22. Vrančič M. *Kako uničiti otroka*. Ljubljana: Ministrstva za notranje zadeve
http://med.over.net/zasvojenost/droge_kako_uniciti.htm <12.2.2006>.
23. Schechter M. *Canadian Medical Association Journal*.
http://www.konoplja.org/Novice/Tuje/Raziskava_vojna_nima_smisla.htm <2.2.2006>.
24. Administrator. *Živeti odnose*. Ljubljana: Slovenska Skupnost krščanskega življenja
<http://www.rkc.si/sskz/index.php?option=content&task=view&id=7&Itemid=37> <12.12.2005>.
25. Čuk-Rupnik J. *Razvoj in izboljšava programov nadomeščanja*.
<http://www.vestnik.sz.d.si/st3-1/st3-1-30-33>. <2.4.2006>.
26. Bolkan R. *Odločitev za ljubezen*.
http://www.cdk.si/sci/cl_zaljubljenost_ljubezen.htm <12.2.2006>.
27. Coe. *Procesi dehumanizacije in depersonalizacije*. 1970.
http://www.etno-muzej.si/pdf/0354-0316_15_Simenc.pdf <2.2.2006>.
28. Jezernik A. *Zasvojenost*.
http://www.konoplja.org/Prosti_tek/Clanki/Clanki_zasvojenost_odvisnost.htm <2.2.2006>.
29. Vrančič T. *Predsodki in stereotipi*
http://www.socped.socped.org/uploads/files/Predsodki_in_stereotipi.ppt <14.4.2006>.
30. Smole J. *(Spolni) stereotipi - kaj je to?*
http://www.spolnost.com/index.php?page=stereotipi_splosno <14.4.2006>.
31. Polajner B. *Zasvojenost in vzgoja*.
<http://www.ustanova-odsevseslisi.si/2slovens.htm>: <2.2.2006>.